

診療科名: 呼吸器科

# レジメン記入フォーマット

申請者名: \_\_\_\_\_

レジメン名称: イミフィンジ+イジユド+PEM維持療法②(cycle3以降)[非小細胞肺]

疾患名(癌種): 進行再発肺非小細胞癌 非扁平上皮癌

適用目的(対象): 術前補助化学療法 術後補助化学療法 進行再発 一次 二次以降 三次以降 放射線併用 その他( )

フォーマットページ数( / )

通しNo	薬品名・規格	投与量	手技	点滴時間・速度	day( 1 )	day( )	day( )	day( )	day( 15 )	day( )	day( )	day( )	day( )	day( )
No.1	生理食塩水 50ml	1B	点滴注射	10分	●									
No.2	<b>イミフィンジ</b>	<b>1500mg/body</b>												
	生理食塩水 100ml	1B	点滴注射	60分	●									
	<b>フィルター付きルートを</b> 使用													
No.3	生理食塩水 50ml	1B	点滴注射	10分	●									
No.6	デキサート注射液 6.6mg	1V												
	生理食塩水 50ml	1B	点滴注射	10分	●									
No.7	<b>ペムトレキセド</b>	<b>500mg/m<sup>2</sup></b>												
	生理食塩水 100ml	1B	点滴注射	10分	●									
No.8	生理食塩水 50ml	1B	点滴注射	10分	●									

上記表にて設定する抗がん剤について

通しNo	薬品名・規格	標準値	上限値
No.2	イミフィンジ	1500mg/body	
No.7	ペムトレキセド	500mg/m <sup>2</sup>	

インターバル日数 28日  
 レジメン基準日 day ( 1 )  
 総クール数 (-)クール

※この表にてオーダーリングにレジメン登録しますので、漏れなく記入して下さい。

イミフィンジイジユド+PEM維持療法①から引き続いて投与  
 体重30kg以下の場合、イミフィンジは20mg/kgで投与  
 治療7日前より支持療法(ビタミンB12 100μgを9週毎に、葉酸500μg連日)開始  
 WBC≥1500, Hb.≥9.0, Plt≥10万, T-Bil<上限値の1.5倍, AST・ALT<上限値の2.5倍, Cre<1.5  
 疾患進行(PD)が確認されるまで、4週毎に繰り返し投与を行う。

レジメン登録コード \_\_\_\_\_  
 レジメン審査部会承認日 2023/6/9