

レジメン記入フォーマット

診療科名: 外科

申請者名: _____

レジメン名称: ニボルマブ(480mg/4週毎)[食道]

疾患名(癌種): 食道癌(がん化学療法後に増悪した根治切除不能な進行再発食道癌)、食道癌・食道胃接合部癌の術後補助

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(1 / 1)

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()	day()	day()	day()	day()	day(28)
1	生理食塩液 50mL	1P	点滴注射	10分	●									
2	生理食塩液 100mL	1P	点滴注射	30分	●									
	オブジーボ	480mg/body												
	フィルター使用													
3	生理食塩液 50mL	1P	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
2	オブジーボ	480mg/body	

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

※術後補助療法の投与期間は12ヶ月間まで

※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。

【投与基準, ※特に注意を要する副作用
 間質性肺疾患, 内分泌障害, 大腸炎, 免疫性血小板減少性紫斑病,
 1型糖尿病, 重症筋無力症, 心筋炎, 筋炎, 横紋筋無力症, 肝機能障害,
 腎障害, 脳炎, 重度の皮膚障害, 静脈血栓塞栓症, Infusion reactionなど
 定期的に上記の検査 CK・KL-6・甲状腺機能・副腎機能等を測定する

レジメン登録コード	外99
レジメン審査部会承認日	2020.2.27
変更承認日	2023.2.10