NO 1068 レジメン名 デュルバルマブ

病棟 患者番号 氏名	癌種	ステージ	PS	クール数	指示医師名

年齢	身長	体重	体表面積	GFR（血清ｸﾚｱﾁﾆﾝ値）
歳	cm	kg	㎡	ml/min (mg/dl)

【適応がん種】進展型小細胞性肺がん デュルバルマブ

1・デュルバルマブ 1500 mg/body DAY1

※体重30kg以下は20mg/kg

28日（4週）1クール

CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
−	−	−
カルバート使用	−	−
WBC基準	HGB基準	PLT基準
4000	−	−

【病状】
1 全て説明している
2 病名は説明しているが、詳しい病状については説明していない
3 未告知である

【治療】
1 抗癌剤による治療・予防と説明
2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明
3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明
4 薬に関しては説明していない

平成20年8月1日 改訂

NO	薬品1	規格	本数		薬品2（規格本数）	時間・投与法
①	生理食塩水		1	本	50mL	15分
②	イミフィンジ（ 1500mg ）	500mg	3	本	★生食100mL	60分以上かけて点滴
	体重30kg以下は20mg/kg			本		
③	生理食塩水		1	本	50mL	30分で点滴

Infusion reactionとして，発熱，悪寒，そう痒症，発疹，高血圧，低血圧，呼吸困難等があらわれることがあるので，本剤の投与は重度のInfusion reactionに備えて緊急時に十分な対応のできる準備を行った上で開始すること。また，2回目以降の本剤投与時にInfusion reactionがあらわれることもあるので，本剤投与中及び本剤投与終了後はバイタルサインを測定するなど，患者の状態を十分に観察すること。なお，Infusion reactionを発現した場合には，全ての徴候及び症状が完全に回復するまで患者を十分観察すること。

インフィンノフィルター（0.2又は0.22μm）を使用すること。

【外来時 医師注意事項】
□投与1週間後に血算などの検査実施

202101作成

月日			指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
			①②③ DAY1									