

|   |       |              |           |  |                |                   |   |    |    |    |    |    |
|---|-------|--------------|-----------|--|----------------|-------------------|---|----|----|----|----|----|
| <b>NO 9040</b>  |       | <b>レジメン名</b> |           | <b>ニボルマブ(オプジーボ点滴静注)</b>  |                |                   |   |    |    |    |    |    |
| 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   | m <sup>2</sup> | ml/min<br>(mg/dl) |   |    |    |    |    |    |
| 【適応がん種】腎細胞癌   |       | ニボルマブ        |           | CCr補正  | GOT補正          | T-Bil補正           | 【病状】<br>1 全て説明している<br>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<br>3 未告知である<br>【治療】<br>1 抗癌剤による治療・予防と説明<br>2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明<br>3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明<br>4 薬に関しては説明していない<br>改訂 |    |    |    |    |    |
| 1・ニボルマブ <b>240 mg/body DAY1</b><br>(オプジーボ点滴静注)  |       |              |           | -  | -              | -                 |   |    |    |    |    |    |
| 14日(2週)1クール   |       |              |           | WBC基準  | HGB基準          | PLT基準             |   |    |    |    |    |    |
|   |       |              |           | -  | -              | -                 |   |    |    |    |    |    |
| 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 オプジーボ( )  | 240mg | 1 本          | ★生食100mL  |  | 30分以上で点滴       |                   |   |    |    |    |    |    |
| ③ 生理食塩水   |       | 1 本          | 50mL      |  | 15分            |                   |   |    |    |    |    |    |
| 【延期基準】  |       |              |           | 【注意事項】   |                |                   |   |    |    |    |    |    |
|   |       |              |           | Infusion reactionの予防が必要な場合は、投与30分前に、ジフェンヒドラミン(レスタミンコーワ50mg内服)、必要であれば、アセトアミノフェン(カロナール300~1000mg)の投与を考慮する。 |                |                   |   |    |    |    |    |    |
| 【看護師注意事項】   |       |              |           |  |                |                   |   |    |    |    |    |    |
| 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。<br>インラインフィルター(0.2又は0.22µ m)を使用すること。 |       |              |           |  |                |                   |   |    |    |    |    |    |
| クール数( )   |       |              |           | ★60分   |                |                   |   |    |    |    |    |    |
| 月日  | 指示    |              |           | 指示医  | 受け             | 監査                | 払い  | 払監 | 調製 | 調監 | 前確 | 実施 |
|   | ①~③   |              |           | DAY1   |                |                   |   |    |    |    |    |    |