

NO 1053		レジメン名		アテゾリズマブ(テセントリク点滴静注)						
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 ²	ml/min (mg/dl)				
【適応がん種】NSCLC		アテゾリズマブ		CCr補正	GOT補正	T-Bil補正	【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16年8月4日 改訂			
1・アテゾリズマブ 1200 /body DAY1 (テセントリク点滴静注)				-	-	-				
21日(3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 テセントリク	1200mg	1本	★生食250mL		1時間で点滴 (2回目以降の投与時間は30分まで短縮可能)					
③ 生理食塩水		1 本	50mL		15分					
【延期基準】 多数あり、添付文書参照				【注意事項】 Infusion reactionの予防:基本的に不要						
【看護師注意事項】 インラインフィルター(0.2又は0.22μm)を使用すること。										
クール数()										
				★90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								