

# 化学療法計画書

ID					
氏名					
生年月日					
実施部署			発行日		
身長 (cm)	160	体重 (kg)	70	体表面積 (m <sup>2</sup> )	1.73

指示医師:			
指導医師:			
投与開始予定日:	年	月	日
投与終了日:	年	月	日

病名	非小細胞肺癌
治療法	イミフィンジ単独療法

	1
抗癌剤・商品名	イミフィンジ
規格	120mg/2.4mL 500mg/10mL
一般名	デュルバルマブ
一日投与量(規定)	10mg/kg
患者情報から算出した一日投与量	<b>700 mg</b>
実際の投与量	<b>700 mg</b>
	<b>10 mg/kg</b>
投与日	
1クール期間	
予定クール数	
検査スケジュール	原則的に投与日に化学療法施行前セット 検査データに応じて臨時に検査実施

適応基準	切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的放射線療法後の維持療法
推奨経口剤	○このレジメンは最小度催吐性リスク群です。静注、経口問わず制吐剤は不要です。
禁忌	1.本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
中止基準	Grade2以上のirAE出現時 Grade1以下になるまで休薬(院内iCI投与患者対応フローチャートに準じて投与すること)
副作用	<b>重大</b> 1.間質性肺疾患(放射線性肺臓炎を含む) 2.大腸炎、重度の下痢 3.甲状腺機能障 4.副腎機能障害 5.下垂体機能障害 6.1型糖尿病 7.肝機能障害、肝炎 8.腎障害 9.筋炎、横紋筋融解症 10.Infusion reaction <b>その他</b> (10%以上)発疹 (1~10%未満)そう痒症、皮膚炎、咳嗽・湿性咳嗽、肺炎、TSH上昇、TSH低下、下痢、腹痛、発熱、筋肉痛、 (1%未満)発声障害、上気道感染、インフルエンザ、口腔カンジダ、末梢性浮腫、寝汗 (頻度不明)歯周病(歯肉炎、歯周炎、歯感染)、口腔感染、尿崩症、排尿困難
備考	

# イミフィンジ単独療法 観察記録

所要時間: 1時間

氏名: ID( ) 年齢: ( 才)

施行日		クール	回目	施行前内服薬( )	入外( )	
医師	<b>指示医師:</b> <b>イミフィンジ</b> (                      mg ) 一般名(デュルバルマブ)			<b>抗癌剤用量</b> 計画書設定量 計画書設定量より減量 計画書設定量より増量 減量・増量理由		抗がん剤以外の 薬剤の変更・追加
	<input type="checkbox"/> 投与決定 <input type="checkbox"/> 未決定 <input type="checkbox"/> 延期・中止			投与 開始時間	調剤	実施
投与指示	本体	側管				
	生食100mL			ルートキープ用		
	生食100mL + イミフィンジ			60分かけて点滴 【                      mL/h】 ※フィルター付き点滴ラインを使用		
本体終了後抜去						