

抗がん剤プロトコール<イミフィンジ単独維持療法>

年 月 日

診療科・主治医 _____

外来・入院() 患者ID _____ 患者氏名 _____ 性別 男・女 年齢 _____ 歳

病名 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体表面積 _____ m² HBs抗原 ー・十 PD-L1 _____

血清CRE _____ mg/dl CLcr(クレアチニンクリアランス) _____ ml/min DM ー・十 甲状腺機能異常 ー・十

投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 曜日 _____ 1クール 28日 予定クール数 _____ クール

白金系抗悪性腫瘍剤およびエトポシドとの導入療法終了後

イミフィンジ単独投与スケジュール(クール目)

Day1 年 月 日()

[:]

①★フィルター使用

生理食塩液250ml
イミフィンジ注 500mg/10mL 3 V
全量 280 ml

90分かけて

【体重30kg以下は(20mg/kg) _____ mg】

サイン
()

[:]

②生理食塩液 50ml
15分かけて

サイン
()

【太枠内ケモセーフ使用】

確認薬剤師

<訂正箇所は赤字でお願いします。>

<下線部のみ記入して下さい。>