

がん薬物療法計画指示書（肺 癌）

主治医（指示医） _____

指示日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

レジメン名称 テセントリク + BV 療法

【1クールの日数 21日】

1. 治療予定期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

・実施クール（ _____ ）クール目

なお、テセントリク+BV+CBDCA+PTX 療法後、維持療法として使用してください。

2. 患者情報 診断名（化学療法未治療の扁平上皮癌を除く切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌）

身長 _____ cm 体重 _____ Kg 体表面積 _____ m²

3. 使用薬剤・投与量

薬剤名	用量	実投与量 (mg)	投与方法	輸液
①テセントリク点滴静注 (1200mg)	1200mg/body	1200mg (固定用量)	d. i. v.	生食 250mL
②アバスチン点滴静注用 (100mg : 400mg)	15mg/kg	mg	d. i. v.	生食 100mL

4. 投与レジメン

投与日	投与時間	薬剤	指示受け確認	実施	Dr. 確認
Day 1 (/)	全開で	生食 50mL div. (プライミング)			
	30min	生食 250mL + テセントリク 1200mg div.			
	全開で	生食 50mL div. (フラッシュ)			
	30min	生食 100mL + アバスチン _____ mg div.			
CBC・生化学検査は投与日の（前日・当日朝）					

(注) 0.22 ミクロン以下のインラインフィルターを通して投与して下さい。

※新規患者またはレジメン変更（抗がん剤の変更・追加）の患者に対して同意書を記載して下さい。