

がん薬物療法計画指示書（中皮腫）

主治医（指示医） _____

指示日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

レジメン名称 オブジーボ単剤療法

【1クールの日数 14日】

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

・実施クール（ _____ ）クール目

2. 患者情報 診断名（がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫）

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オブジーボ点滴静注 (240mg) | 240mg/body | 240mg (固定用量) | 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 100mL + オブジーボ 240mg div. | | | |
| | 全開で | 生食 50mL div. (フラッシュ) | | | |
| CBC・生化学検査は投与日の（前日・当日朝） | | | | | |

※インラインフィルター（0.22 μm以下）を使用してください。