

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 デュルバルマブ単剤療法（放射線後）

【1クールの日数 28日】

1. 治療予定期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

・実施クール () クール目【投与期間は12ヶ月まで】

2. 適応

(切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法)

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 イミフィンジ (120mg : 500mg)	1500mg/body	1500mg (固定用量)	d. i. v.	生理食塩液 100mL

ただし、体重 30 kg 以下の場合の1回投与量は 20mg/kg とする。

4. 投与レジメン

投与日	投与時間	薬剤
Day 1	全開で	生理食塩液 50mL div. (プライミング)
	1hr	生理食塩液 100mL + イミフィンジ 1500mg div.
	全開で	生理食塩液 50mL div. (フラッシュ)

※インラインフィルター (0.2 又は 0.22 μ m) を使用してください。