

新規 申請日： 年 月 日
 変更

レジメン登録申請書

がん(癌)種：乳がん(トリプルネガティブ)

申請診療科： 乳腺外科 申請医師： 保科 淑子 内線： 5938

レジメン名称： nab-PTX+Atezolizumab

化学療法委員会医師： 保科 淑子 内線：

	No	薬品名	規格	投与量	投与ルート 手技	点滴時間 速度	day	day	day	day	day	day	day	day	day	day	
							[1]	[8]	[15]	[22]	[29]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
化学療法 (抗癌剤)	2	アテゾリズマブ注 生理食塩液	840mg 250mL	840mg/Body 250mL	点滴静注	30分 初回のみ60分	○	×	○	×	次クールへ						
	4	パクリタキセル注 (アルブミン懸濁型) 生理食塩液	100mg 50mL	100mg/m ² ※50mL	点滴静注	30分	○	○	○	×							
	※1Vあたり20mlで溶解し適宜調整する											テセントリクはインラインフィルターが必要 アブラキサンはインラインフィルターを使用しない アブラキサンは人血清アルブミンを含有するため特定生物由来製品に該当する。特生物使用の同意書と、施用票が必要となる テセントリクとアブラキサンの催吐性リスクは「軽度」だが、保科医師よりアロキシ注の追加希望あり					
補助療法	1	デカドロン注 アロキシ注 生理食塩液	1.65mg/0.5ml 0.75mg/5ml 100ml	6.6mg 0.75mg 100ml	点滴静注	30分	○	×	○	×	次クールへ						

上記で使用する抗癌剤情報

No	薬品名	規格	標準値	上限値	累積投与量

サマリーコメント(申請理由・趣旨)

適応外で、倫理委員会・医学研究等の承認を得た場合は資料を添

_____ 週投与 _____ 週休薬	委員長	事務局	薬剤部
1クールの日数： _____ 日			
レジメン基準日： day _____			

※抗癌剤の標準値と上限値は必ず記入して下さい注意：同一処方内容の場合でも投与時間が異なるときは別のNoに記載してください

※単位はmg/m², mg/body, mg/kg

1クールの日数とレジメン基準日は必ず記入して下さい

化学療法委員会 平成 22 年 9 月 2 日作成

新規 申請日: 年 月 日 **化学療法治療計画書(プロトコール)**

がん(癌)種: 乳がん(トリプルネガティブ)

実施診療科: 乳腺外科

実施医師: 保科 淑子

内線: 5938

レジメン名称 nab-PTX+Atezolizumab

クール数: _____

3 週投与 1 週休薬

身長: _____ cm

1クールの日数: 28 日

体重: _____ kg

患者ID: _____

患者氏名: _____

実施部署: _____

レジメン基準日: day 1

体表面積: _____ m²

実施日						月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		
No	薬品名	規格	投与量	投与ルート 手技	点滴時間 速度	day (1)	day (8)	day (15)	day (22)	day (29)	day ()	day ()	day ()	day ()	day ()	day ()		
1	デカドロン注	1.65mg/0.5ml	6.6mg	点滴静注	30分	○	○	○	×	次クールへ								
	アロキシ注	0.75mg/5ml	0.75mg															
	生理食塩液	100ml	100ml															
2	テセントリク注	840mg	840mg/Body	点滴静注	30分 初回のみ60分	○	×	○	×									
	生理食塩液	250mL	250mL															
3	生理食塩液	50ml	50ml	点滴静注	10分	○	×	○	×									
4	アブラキサン	100mg	100mg/m ²	点滴静注	30分	○	○	○	×									
	生理食塩液	50mL	※							※1Vあたり20mlで溶解し適宜調整する								
5	生理食塩液	50ml	50ml	点滴静注	10分	○	○	○	×									
化学療法(抗癌剤)																		

化学療法委員会 平成 22 年 9 月 2 日作成