

レジメン登録申請書

がん(癌)種: 乳癌

申請診療科: 乳腺外科 申請医師: 保科 淑子 内線: _____

レジメン名称: Pembro+nabPTX

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)	A2.	ペムブロリズマブ注	100mg	200mg	点滴静注	30分	○	×	×	次クールへ							
		生理食塩液	100mL	100mL													
	0.2μm~5μmの蛋白質透過型インラインフィルターを使用																
		B2.	パクリタキセル注 (アルブミン懸濁型)	100mg	100mg/m ²	点滴静注	30分	○	○	○	×	次クールへ					
		生理食塩液	50mL	※50mL													
※1Vあたり20mLで溶解し適宜調節する																	
インラインフィルター使用不可																	
補助療法	B1.	デキサメタゾン注	1.65mg	6.6mg	点滴静注	30分	○	○	○	×	次クールへ						
		生理食塩液	100mL	100mL													

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

A:1/B:3 週投与	A:2/B:1 週休薬	委員長	事務局	薬剤部
1クールの日数: A:21/B:28 日	レジメン基準日: day 1			

※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に記載して下さい

※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

化学療法治療計画書(プロトコール)

がん(癌)種: 乳癌

実施診療科: 乳腺外科
 実施医師: _____
 内線: _____

レジメン名称: Pembro+nabPTX

クール数: _____ A:1/B:3 週投与 A:2/B:1 週休薬
 1クールの日数: A:21/B:28 日
 レジメン基準日: day 1
 身長: _____ cm
 体重: _____ kg
 体表面積: _____ m²

患者ID: _____ 患者氏名: _____

実施部署: _____

実施日						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 ()
A1.	生理食塩液	50mL	50mL	点滴静注	全開	○	×	×	次クールへ						
A2.	ペムブロリズマブ注	100mg	200mg	点滴静注	30分	○	×	×	次クールへ						
	生理食塩液	100mL	100mL												
	0.2μm~5μmの蛋白質透過型インラインフィルターを使用														
B1.	デキサメタゾン注	1.65mg	6.6mg	点滴静注	30分	○	○	○	×	次クールへ					
	生理食塩液	100mL	100mL												
B2.	パクリタキセル注 (アルブミン懸濁型)	100mg	100mg/m ²	点滴静注	30分	○	○	○	×	次クールへ					
	生理食塩液	50mL	※50mL												
	※1Vあたり20mLで溶解し適宜調節する														
	インラインフィルター使用不可														
3	生理食塩液	50mL	50mL	点滴静注	全開	○	○	○	○	○					

選択基準の目安

- ・ECOG PS 0~1
- ・好中球数 $\geq 1,500/\mu\text{L}$
- ・血小板数 $\geq 100,000/\mu\text{L}$
- ・ヘモグロビン $\geq 9.0\text{g/dL}$
- ・クレアチニン $\leq \text{ULN} \times 1.5$
又はCcr(GERも可) $\geq 30\text{mL/分}$
- ・総ビリルビン $\leq \text{ULN} \times 1.5$
又は直接ビリルビン $\leq \text{ULN}$
- ・AST/ALT $\leq \text{ULN} \times 2.5$
肝転移を有する場合は $\leq \text{ULN} \times 5$
- ・アルブミン $\geq 3.0\text{g/dL}$
- ・INRまたはプロトロンビン時間 $\leq \text{ULN} \times 1.5$
- ・aPTT $\leq \text{ULN} \times 1.5$

(アブラキサン適正使用ガイド)

転移・再発乳癌に対する全身性の前治療歴のないPD-L1陽性(CPS ≥ 10)のホルモン受容体陰性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳がん患者において、ペムブロリズマブと化学療法との併用投与の有効性が示される。
 (厚生労働省 最適推進ガイドライン ペムブロリズマブ ~乳癌~ 令和3年8月)

No.A1~2は3週間隔に1回、No.B1~2は4週を1サイクルとし、Day1・8・15に投与する。
 No.3はNo.AまたはBの一方でも実施する場合は最後に投与する。