

[軽吐]オプジーボ療法(術後補助)(4週毎)(食道)

処方医: \_\_\_\_\_

適応: 食道癌

4週毎に投与。1-5回目は2週毎を考慮。最長1年間。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
オプジーボ	●																													●

身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg 体表面積 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

[投与スケジュール] ( \_\_\_\_\_ クール目)

Day1 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

本管		側管	
薬剤名	投与量	薬剤名	投与量
生食50mL 穿刺・プライミング用	1瓶		
生食100mL オプジーボ [30分以上 点滴静注] (非炎症性) インフュージョンリアクション注意 特に初回~2回に注意	1瓶  480mg		
生食注シリンジ10mL [静注]	1本		

インラインフィルター使用(0.2又は0.22 μ m)

※CVポートへの凝集対策として、最終濃度を1.9mg/mL以上で調製

[適正使用基準]

1. 他の抗悪性腫瘍剤と併用でない。術後補助化学療法でない。			
2. PS(Performance Status)0~1が望ましい			
3. 2つ以上の化学療法歴がある			
4. 妊婦又は妊娠している可能性がない			
5. 自己免疫性疾患の既往が無い又は家族歴が無い(慎重投与)			
6. 間質性肺炎がない又は既往がない(慎重投与)			
7. 生理機能が十分に保持され、下の基準を満たす			
血液一般検査	WBC	≥ 3, 000/mm <sup>3</sup>	
	Neut	≥ 1, 500/mm <sup>3</sup>	
	PLT	≥ 100, 000/mm <sup>3</sup>	
	HGB	≥ 9. 0g/dL	
血清生化学検査	GOT・GPT	施設基準値上限の3倍以下	
	TBIL	施設基準値上限1. 5倍以下	
	クレアチニン	≤ 1. 5mg/dL	
尿検査	蛋白、糖 etc...	施設正常値内	
	血糖値	随時血糖288mg/dL以下	
	TSH、FT-4	施設正常値内(月に1回検査)	

[重大な副作用]

《オプジーボ》

- ・間質性肺疾患 [発熱・咳・呼吸困難等]
- ・重症筋無力症、心筋炎、筋炎、横紋筋融解症
- ・大腸炎、重度の下痢
- ・1型糖尿病
- ・免疫性血小板減少性紫斑病
- ・肝機能障害、肝炎
- ・甲状腺機能障害
- ・神経障害
- ・腎障害
- ・副腎障害
- ・脳炎
- ・重度の皮膚障害
- ・静脈血栓塞栓症
- ・infusion reaction