

# 外来化学療法 投与計画書

# 呼吸器内科 デュルバルマブ+トレリムマブ療法

59-212H

イジユド 75mg/body  
イミフィンジ 1500mg/body  
(体重30kg以下は20mg/kg)

ID	:	身長	:	cm				
フリガナ	:	体重	:	kg				
患者氏名	:	体表面積	:	m <sup>2</sup>				
	:	クレアチニン	:	mg/dL				
生年月日	:	S・H・R	年	月	日	生まれ		
治療計画	外来初回治療日	年	月	日より	コース目	day	開始	予定コース数
								評価コース数
外来担当医:	PHS	記載医師		PHS			薬剤師1次監査	年 月 日
Rp	投与スケジュール: 1コース28日間				day1	day8	day15	day22
0.2または0.22 μm以下のインラインフィルターのついたルートを使用								
1本目	末梢主管点滴注射 <b>イジユド75mg</b> 生食 50mL 投与時間 1時間 ( 年 月 日 %doseへ減量)				●	×	×	×
2本目	末梢主管点滴注射 生食 50mL 投与時間 全開				●	×	×	×
3本目	末梢主管点滴注射 <b>イミフィンジ1500mg</b> 生食 100mL 投与時間 1時間 ( 年 月 日 %doseへ減量)				●	×	×	×
4本目	末梢主管点滴注射 生食 50mL 投与時間 全開				●	×	×	×

薬剤師への指導依頼(治療内容と注意点の説明、有害事象評価等およびそれらの情報提供)

依頼する

依頼しない

1. その他連絡事項