

癌化学療法 投与計画書 （新規・変更）

病歴番号

氏 名

生年月日

性別

提出日

主治医:

病名: 悪性神経膠腫

患者本人へ説明した内容:

プロトコール名: テモダール+ペバシズマブ療法（維持療法期）（脳外科）

クール目

開始日

次回予定日

身長(cm)	体重(kg)	体表面積(m ²)

確認事項

☐ 放射線療法終了日の翌日からテモダール及びペバシズマブを4週間休業していること

	薬品名	プロトコール標準量	投与量	経路	点滴時間・速度	コメント	DAY 1 1月 0日	DAY 2 1月 1日	...	DAY 5 1月 4日	DAY 6 1月 5日	...	DAY 15 1月 14日	標準投与量
1	注射用水		mL	点滴	90分		○	○	...	○		...		テモダール
	テモダール (初回)	150mg/m ²		点滴		シリンジに 充填	○	○	...	○		...		mg
	テモダール (二回目以降)	150～200mg/m ²		点滴			○	○	...	○		...		mg ~ mg
2	生理食塩液		20mL×2	点滴	前後フラッシュ		○	○	...	○		...		
3	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○		...			...	○	
4	生理食塩液		100mL	点滴			○		...			...	○	ペバシズマブ
	ペバシズマブ	10mg/kg		点滴	初回は90分→60分→30分		○		...			...	○	mg
5	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○		...			...	○	

※網掛け部分にご記入ください。

※テモダールは内服でも可(投与量: 初回は150mg/m²、二回目以降忍容性が確認される場合は200mg/m²に増量 d1-5)

1サイクル: 28日
投与日: テモダール day1-5
ペバシズマブ day1, 15
ナゼアOD投与日 d1-5, d8-12, d15-19, d22-26
ダイフェン投与日: 2錠/回×週3回 or 1錠を連日
サイクル数: 6回

※ナゼアの服用は状態に応じて中止可。

《注意事項》

1.この計画書は、初回投与までに提出してください。提出のない場合は、混注対象外とします
2.計画を変更する場合は、その都度、計画書を提出してください。

※投薬上の注意などありましたら、ご指示下さい。