

癌化学療法レジメン

氏名: _____

ID: _____

体表面積: _____ m² 体重: _____ kg

レジメン名 **デュルバルマブ(維持療法)**

対象疾患 **進展型小細胞肺癌**

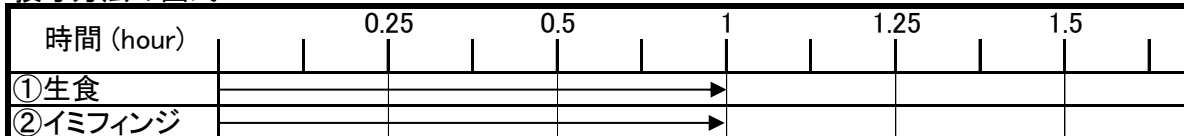
診療科 _____

施用者 _____

1 投与薬剤名、投与量、投与方法

	投与薬剤名	投与量	投与可能量(mg)	溶解、希釈液	投与方法
①	生食	250mL			血管確保とフラッシュ用
②	イミフィンジ	1500mg/body		生食250mL	1時間かけて

2 投与方法の図式



3 投与スケジュール

1クール28日間。(1,2)

4 特記事項

- ・ イミフィンジの投与にあたっては無菌の蛋白結合性の低い0.2又は0.22 μmのインラインフィルター(ポリエーテルスルホン製等)を使用すること。
- ・ イミフィンジは、体重30kg以下の場合の1回投与量は20mg/kg(体重)とする。
- ・