

がん化学療法レジメン登録票

新規レジメン登録の際にはプロトコールの提出が必須です
プロトコールがない場合は参考文献を提出してください

レジメン名	アテゾリズマブ(術後補助療法&PD-L1陽性NSCLC)
診療科名	呼吸器内科
診療科責任者名	大槻 歩
適応がん種	PD-L1陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法
保険適応外の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

がん治療ワーキンググループ使用欄	
登録番号	NSCLC-103
登録日・更新日	2022年6月28日
削除日	
出典	Lancet 2021; 398: 1344-57 テセントリク点滴静注添付文書 アテゾリズマブ最適使用推進ガイドライン
入力者	湯山 仁美

投与順に記入(抗がん剤のみ)

	薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名)	規格	投与量算出式	投与経路	投与時間	施行日
	希釈液					
No.1	アテゾリズマブ(遺伝子組換え) (テセントリク点滴静注)	1200mg	1200mg/body	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	60分※	Day1
	生理食塩液	250mL				

1コースの期間	21日
投与間隔の短縮規定	<input type="checkbox"/> 短縮可能(日) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 短縮不可能
計算後の投与量上限値	110%
計算後の投与量下限値	50%

減量・中止基準	<p>【投与開始基準】</p> <p>好中球数 $\geq 1500 / \mu\text{L}$ リンパ球数 $\geq 500 / \mu\text{L}$ 血小板数 $\geq 10万 / \mu\text{L}$ ヘモグロビン値 $\geq 9.0 \text{ g/dL}$ INR 又は APTT ≤ 2(INR) 又は ≤ 57秒(APTT) (INRまたはAPTT基準は抗凝固療法を受けていない患者に対してのみ) AST $\leq 80\text{U/L}$ ALT $\leq 100\text{U/L}$ アルカリホスファターゼ $\leq 280\text{U/L}$ 総ビリルビン $\leq 1.5\text{mg/dL}$ クレアチニンクリアランス $\geq 30\text{mL/min}$</p>
前投薬	なし
その他の注意事項	<ul style="list-style-type: none"> 本剤の単独投与は、プラチナ製剤を含む術後補助療法後の術後病理病期Ⅱ期/ⅢA期のPD-L1陽性(TC$\geq 1\%$)非小細胞肺癌患者において有効性が示されている。 投与期間は12カ月間までとする。 PD-L1発現状況は、承認された体外診断薬を用いて測定すること。 0.2又は0.22μmのインラインフィルターを使用すること。 ※初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与時間は30分間まで短縮可能。 <p>【免疫チェックポイント阻害薬を使用する際の注意事項】を参照</p>

記入者	湯山 仁美
確認者	大槻 歩