

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4週
診療科名	呼吸器内科
診療科責任者名	大槻 歩
適応がん種	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌
保険適応外の使用	☐ 有 ☒ 無
入院外来区分	☒ 入院 ☒ 外来

がん治療ワーキンググループ使用欄	
登録番号	NSCLC-135
登録日・更新日	2025年10月28日
削除日	
出典	テセントリク適正使用ガイド
入力者	島田 紀香

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）	840mg	1680mg/body	☐ IV ☒ DIV ☐ CVポート ☐ 側管 ☐ その他（ ）	60分※	Day1
	生理食塩液	250mL				

1コースの期間	28日
投与間隔の短縮規定	☐ 短縮可能（ 日） ・ ☒ 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	【開始基準】 白血球数 $>2,500/\mu\text{L}$ 好中球数 $\geq 1,500/\mu\text{L}$ リンパ球数 $\geq 500/\mu\text{L}$ 血清アルブミン $\geq 2.5\text{g/dL}$ 血小板数 $\geq 100,000/\mu\text{L}$ ヘモグロビン $\geq 9.0\text{g/dL}$ AST及びALT $\leq 100\text{U/L}$ 、かつ、アルカリホスファターゼ $\leq 900\text{U/L}$ 又は AST及びALT $\leq 50\text{U/L}$ 、かつ、アルカリホスファターゼ $> 900\text{U/L}$ 血清ビリルビン $\leq 1.0\text{mg/dL}$ （ジルベール症候群患者は $\leq 3.0\text{mg/dL}$ ） PT(INR) ≤ 2 ※抗凝固療法を受けている患者は投与開始の少なくとも1週間前までに用量が安定していること クレアチニンクリアランス $\geq 30\text{mL/min}$
催吐性リスク	最小度
前投薬	なし
支持療法（その他）	なし
その他の注意事項	・化学療法未治療のPD-L1陰性の扁平上皮癌患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。 ・他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。 ・0.2又は0.22 μm 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。 ・【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 ・テセントリク1200mgの3週間隔投与で治療を開始している患者において、テセントリク1680mgの4週間隔投与への切り替えは可能である。