

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(未治療&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	化学療法未治療のPD-L1陽性の切除不能な進行・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-137
登録日・更新日	2025年10月28日
削除日	
出典	テセントリク点滴静注適正使用ガイド
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	【投与開始基準】 好中球数 ≥1500 / μ L リンパ球数 ≥500 / μ L 血小板数 ≥10万 / μ L ヘモグロビン値 ≥9.0 g/dL INR又はAPTT ≤2 (INR) 又は ≤57秒 (APTT) AST ≤80U/L ※肝転移が認められる場合: ≤150U/L ALT ≤100U/L ※肝転移が認められる場合: ≤200U/L アルカリホスファターゼ ≤280U/L ※肝転移または骨転移が認められる場合: ≤560U/L 総ビリルビン ≤1.5mg/dL クレアチニンクリアランス ≥45mL/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	・本剤の単独投与は、化学療法歴のない PD-L1 陽性(TC3(TC≥50%)又は IC3(IC≥10%))の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌(ただし、EGFR 遺伝子変異又は ALK 融合遺伝子陽性の患者は除く)患者において有効性が示されている。 ・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。 ・扁平上皮癌の場合、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 μ m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。