

がん化学療法レジメン登録票

レジメン名	q4w ニボルマブ(悪性黒色腫)
診療科名	腫瘍内科
診療科責任者名	大山 優
適応がん種	悪性黒色腫
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	Sk-012
登録日・更新日	2020年10月27日
削除日	
出典	オブジーボ適正使用ガイド
入力者	田中 慎

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	ニボルマブ(遺伝子組み換え) (オブジーボ点滴静注)	20,240mg	480mg/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()	30分以上	day1
	生理食塩液	100mL				

1コースの期間	28日
投与間隔の短縮規定	<input checked="" type="checkbox"/> 短縮可能(1日) ・ <input 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>【初回治療開始基準】</p> <p>WBC>2000/mm³かつANC>1500/mm³ Hb>9.0g/dL Plt>10万/mm³ T-Bil<2.0mg/dL AST<100IU/L ALT<100IU/L 血清Cr≤2.0mg/dL</p>
前投薬	なし
その他の注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・インラインフィルター(0.2又は0.22μm)を使用する。 ・希釈後の最終濃度0.35mg/mL未満では、本剤の点滴溶液中の安定性が確認されていない。 ・悪性黒色腫における術後補助療法の場合は、投与期間は12ヵ月間までとする。 <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> <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	田中 慎
確認者	大山 優