

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ルの提出が必須です
プロトコ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	q2w ニボルマブ (根治切除不能な進行・再発の上皮系皮膚悪性腫瘍)
診療科名	腫瘍内科
診療科責任者名	大山 優
適応がん種	根治切除不能な進行・再発の上皮系皮膚悪性腫瘍
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-15
登録日・更新日	2024年4月27日
削除日	
出典	オブジーボ添付文書(2024年2月改訂) オブジーボ適正使用ガイド 国内第Ⅱ相試験(KCTR-D014試験)
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) 希釈液	規格	投与量算出式	投与経路	投与時間	施行日
No.1	ニボルマブ(遺伝子組換え) (オブジーボ点滴静注) 生理食塩液	20mg、120mg、 240mg 100mL	240mg/body	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	30分以上	day1

1コースの期間	14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	【初回治療開始基準】 WBC \geq 2000/ μ LかつANC \geq 1000/ μ L、Hb \geq 8.0g/dL、Plt \geq 10万/ μ L T-Bil \leq 2.0mg/dL AST \leq 100IU/L ALT \leq 100IU/L 血清Cr \leq 1.5mg/dLまたはCcr(実測値またはCockcroft/Gault式による推定値) $>$ 45mL/min
前投薬	なし
その他の注意事項	・インラインフィルター(0.2又は0.22 μ m)を使用すること。 ・希釈後の最終濃度0.35mg/mL未満では、点滴溶液中の安定性が確認されていない。 ・メルケル細胞癌患者に対す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。 ・【免疫チェックポイント阻害薬有害事象対応マニュアル】を参照

記入者	田中 慎
確認者	宮地 康僚