

診療科名: 呼吸器外科

レジメン記入フォーマット

申請者名: _____

レジメン名称: RELAY (RAM+エルロチニブ又はゲフィチニブ)

疾患名(癌種): 非小細胞肺癌 (EGFR遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌)

適用目的(対象): 術前補助化学療法 術後補助化学療法 進行再発 一次 二次以降 三次以降 放射線併用 その他(EGFR陽性)

フォーマットページ数(/)

通しNo	薬品名・規格	投与量	手技	点滴時間・速度	day()	day()	day()	day()	day()	day()	day()	day()	day()	day()
1	ボラミン注5mg	1A		10分										
	生食 50ml	1V	点滴注射		●									
2	サイラムザ	10mg/kg	初回60分。2回目以降、30分まで短縮可											
	生食 250ml	1V	点滴注射		●									
	フィルター付きルート使用/全量250mLとする													
3	生食 50ml	1V	点滴注射	初回30分、2回目以降15分	●									
	サイラムザ後の経過観察用													
4	エルロチニブ or ゲフィチニブ			1T 内服	連日内服									
	エルロチニブ	150mg												
	ゲフィチニブ	250mg												

上記表にて設定する抗がん剤について

通しNo	薬品名・規格	標準値	上限値
2	サイラムザ	10mg/kg	—
4	エルロチニブ		—
	(またはゲフィチニブ)		—

インターバル日数 (14)日
 レジメン基準日 day(1)
 総クール数 ()クール

※この表にてオーダーリングにレジメン登録しますので、漏れなく記入して下さい。

【投与基準】
定期的に血圧・蛋白尿の検査を行うこと

レジメン登録コード _____
 レジメン審査部会承認日 2021/8/13

レジメン変更承認日 _____