患者ID：

プロトコール名：Pembrolizumab

投与歴：　初回　・　継続

患者氏名：

投与開始日：　年　月　日

前回投与日：　年　月　日

生年月日：

身長：　cm　体重：　kg

体表面積：　㎡

確認印	プロトコール	書記	薬局 確認印	看護師 確認印	医師 確認印

【適応基準】
1. classical Hodgkin
2. NSHL / MCHL / LRCHL / LDHL
3. transplant / non-transplant
4.

1サイクル＝　週	予定回数＝	Day 1 … 21
キイトルーダ	200mg/body	↑

メインボトル	薬剤名	1回量	規格・計量	回数→ 投与速度	日	日	日	日	日	日	日	日
① ポート開通確認用 生理食塩液10mlシリンジ：1本												
	ｷｲﾄﾙｰﾀﾞ (200mg/body)	mg	100mgﾊﾞｲｱﾙ：　v	30分								
※調整濃度：生理食塩液or5%ブドウ糖液で希釈（1～10mg/ｍ ※0.2～5μmインラインフィルター使用 ※希釈前の常温保存条件：遮光下、25℃以下で24時間以内に使用 ※希釈後の保存条件：25℃以下で6時間以内、2～8℃で合計24時間以内に使用												
生食50ml			生食50ml：1瓶	15分								

Pembrolizumab	間質性肺疾患	ｸﾞﾚｰﾄﾞ2	ｸﾞﾚｰﾄﾞ1以下に回復するまで休薬 ※回復に4週以上を要した場合、再開はtri-weekly ※12週以上の休薬後も回復がない場合は投与中止
		ｸﾞﾚｰﾄﾞ3以上・ｸﾞﾚｰﾄﾞ2再発	投与中止
	大腸炎 下痢	ｸﾞﾚｰﾄﾞ2or3	ｸﾞﾚｰﾄﾞ1以下に回復するまで休薬 ※12週以上の休薬後も回復がない場合は投与中止
		ｸﾞﾚｰﾄﾞ4	投与中止
	肝機能障害	AST and or ALT：基準値×3～5 T-Bil：基準値×1.5～3	基準以下に回復するまで休薬 ※12週以上の休薬後も回復がない場合は投与中止
		AST and or ALT：基準値×5以上 T-Bil：基準値×3以上	投与中止 ※肝転移+：AST and or ALTが開始時ｸﾞﾚｰﾄﾞ2で 50%以上の増加が1週間持続する場合も含む
	腎機能障害	ｸﾞﾚｰﾄﾞ2	ｸﾞﾚｰﾄﾞ1以下に回復するまで休薬 ※12週以上の休薬後も回復がない場合は投与中止
		ｸﾞﾚｰﾄﾞ3以上	投与中止
	内分泌障害	ｸﾞﾚｰﾄﾞ2以上の下垂体炎 症候性内分泌障害（甲状腺機能低下症は除外） ｸﾞﾚｰﾄﾞ3以上の甲状腺機能障害 ｸﾞﾚｰﾄﾞ3以上の高血糖 1型糖尿病	ｸﾞﾚｰﾄﾞ1以下に回復するまで休薬 ※12週以上の休薬後も回復がない場合は投与中止を検討
	IR	ｸﾞﾚｰﾄﾞ2	1時間以内に回復する場合は速度を50%減速して再開可
		ｸﾞﾚｰﾄﾞ3以上・ｸﾞﾚｰﾄﾞ2再発	投与中止、再投与不可

★投与基準不適合項目にチェック

【投与基準】	日	日	日	日	日	日	日	日
白血球数：								
好中球数：								
血小板数：								
ヘモグロビン値：								
総ビリルビン：								
AST/ALT：								
Cr：								
CCr：								
LVEF：								
非血液毒性（食欲低下を除く）がGrade2以下								

【要観察項目】

【処方（院内処置算定）】	下記該当欄にチェック							
・								
・								
・								

【院外処方（化学療法のﾚｼﾞﾒﾝとして含む薬剤）】	下記該当欄にチェック							
・予防投与								

【自宅での副作用対応】	下記該当欄にチェック							
・（発熱時）：LVFX 500mg/回　、ｱｾﾄｱﾐﾉﾌｪﾝ 400mg/回　（解熱しなければ受診）								
・（嘔気時）：								
・								
・								
・								

確認印	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査

確認印	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査