

イレッサ療法

患者番号： 氏名： 性別：
生年月日： 年齢：

対象：	EGFR 遺伝子変異陽性の手術不能又再発非小細胞肺癌
投薬ルート：	内服
開始年月日：	年 月 日
体格：	身長 cm 体重 kg 体表面積 m ²
開始基準：	血色素量 $\geq 9\text{g/dL}$ 好中球数 $\geq 1500/\text{mm}^3$ 血小板数 $\geq 10\text{万}/\text{mm}^3$ 総ビリルビン $< 1.5 \times \text{ULN}$ AST/ALT $\leq 2.5 \times \text{ULN}$ Cr $< 1.5 \times \text{ULN}$

使用薬剤：

①イレッサ 1回 _____mg
1日1回 食後

※ 急性肺障害、間質性肺疾患があらわれることがあるため、臨床症状を十分に観察し、定期的に胸部X線検査を行う

※ 1～2ヵ月に1回、あるいは患者の状態に応じて肝機能検査を実施する

【処方が必要な内服薬】

ヘパリン類似物質油性クリーム (全身に使用)
アンテベート軟膏 (体の湿疹に使用)
ロコイド軟膏 (顔の湿疹に使用)
リンデロンVGローション (頭の湿疹に使用)

HBs 抗原(+) → 消化器内科紹介

HBs 抗原(-) → HBs 抗体(-) and HBc 抗体(-)

HBs 抗体(+) and/or HBc 抗体(+)

HBV-DNA 定量(-) → 3ヵ月毎 定量

HBV-DNA 定量(+) → 消化器内科紹介

指示医師サイン _____