光晴会病院化学療法委員会
2018 年 10 月 26 日改訂

ジオトリフ療法

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　㎡

使用薬剤：
① ジオトリフ　1 回 _____mg
1 日 1 回　食事 1 時間以上前　または　食後 3 時間以降

下痢、皮膚障害、口内炎、及びその他のグレード 2 以上の副作用が認められない場合は 50m g に増量してもよい

減量方法；10m g ずつ減量する　20m g でも減量が必要な時は中止を検討する

※ 間質性肺疾患があらわれることがあるため、初期症状の確認及び胸部X線検査の実施など観察を行う
※ 患者の状態に応じて定期的に肝機能検査を実施する
※ 下痢、皮膚障害、心障害、消化管潰瘍・出血、眼の異常、口内炎に注意

【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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿