光晴会病院化学療法委員会
2018 年 10 月 20 日登録

イブランス療法

患者番号：　　氏名：　　性別：
生年月日：　　年齢：

対象：　ホルモン受容体陽性かつ HER2 陰性の手術不能又は再発乳癌

併用ホルモン剤：　薬剤名（　　）

薬液注入ルート：　末梢点滴静注　CV ライン　ポート

1 コース期間：　28 日間

開始年月日：　年　　月　　日

体格：　身長　cm　　体重　kg　　体表面積　　㎡

開始基準：　好中球数≧1500/mm³　血小板数≧100,000/mm³　ヘモグロビン≧9.0g/dL　総ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ＜1.5×ULN　AST/ALT＜3×ULN

使用薬剤：　①イブランスカプセル 1 日 1 回 125mg　朝食後
3 週間服薬 1 週間休薬

※重度の肝機能障害（総ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ＞3×ULN）を有する患者については減量（1 日 1 回 75mg）を考慮

※ｲﾄﾗｺﾅｿﾞｰﾙなどの CYP3A4 阻害薬、ﾘﾌｧﾝﾋﾟｼﾝなどの強い CYP3A4 誘導薬は代替を考慮

減量方法；

初回		1 段階		2 段階		3 段階
125mg/日	→	100mg/日	→	75mg/日	→	投与中止

【処方が必要な内服薬】

イブランス（125）1C1×朝食後

	28 日間で 1 コース	
イブランス	3 週間服薬	1 週間休薬

□HBs 抗原(＋) → 消化器内科紹介

□HBs 抗原(－) → □HBs 抗体(－)and HBc 抗体(－)　□HBV-DNA 定量(－) → 3 ヵ月毎 定量

□HBs 抗体(＋)and/or HBc 抗体(＋) → □HBV-DNA 定量(＋) → 消化器内科紹介

指示医師サイン＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿