

ゲマロンチニブ療法(ハイイータン)

患者番号: 氏名: 性別: 年齢:

がん種 (適応)	MET 遺伝子エクソン 14 スキッピング変異陽性 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌		
開始年月日	年 月 日		
体格	身長 &tagPatHeight& cm	体重 &tagPatWeight& kg	体表面積 m ²
嘔気・嘔吐リスク	最小度	制吐剤	なし
特記事項	※ 間質性肺疾患があらわれることがあるため、臨床症状の確認及び胸部 CT 検査等を行う ※ 肝機能障害があらわれることがあるため、定期的に肝機能検査を行う ※ 浮腫が起きやすいため急激な体重の増加、呼吸困難などに注意する ※ 減量は 50mg ずつで 150mg でも認容不能の場合は中止する (肝機能障害・浮腫は減量基準が添付文書に記載あり)		

投与薬剤	投与量	投与スケジュール
ハイイータン	300 mg 1 日 1 回 ※空腹時	連日服用

※空腹時・・・食事の 1 時間前～食後 2 時間は避ける

【処方が必要な内服薬】

ハイイータン (50) 6 錠 1×空腹時

☐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 ヶ月毎 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 _____