

化学療法スケジュール表

-
- 一般治療
-
-
- 臨床試験
-
-
- 治験

患者氏名

患者ID

生年月日

身長	cm	診療科	
体重	kg		
体表面積	m ²		
Scr	mg/dL	医師	印
Ccr	ml/min		

イネビリズマブ(ユプリズナ)(初回)

(登録No. 24C003)

病名

推奨度

視神経脊髄炎スペクトラム障害

C

施用開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(初回・継続 _____ コース目・変更)

ユプリズナ100 (300mg)	予定日付	/	/
	Day	↓	↓
		1	15
(1サイクル 180 日) (休薬 165 日以上)			

1 生理食塩液 50 mL ソル・メドロール静注用125mg	50 mL 125 mg	点滴注射 30分 ユプリズナ開始30分前より投与開始	(1)(15)
2 生理食塩液テルモ 250 mL ユプリズナ点滴静注100mg	250 mL (300) mg	点滴注射 100分 0.2又は0.22 μ mのインラインフィルターを使用 投与開始～30分 42ml/hr 30～60分 125ml/hr 以降 333ml/hr	(1)(15)
3 生理食塩液 50 mL	50 mL	点滴注射 フラッシュ用 ユプリズナ投与後1時間経過観察	(1)(15)
4 アセトアミノフェン錠500mg「マ ルパフィン錠10mg	1 錠 1 錠	内服 ユプリズナ開始60分前に内服 day1, 15	

24C003

受付日

年

月

日