

タルセバ[®]錠 非小細胞肺癌 投与前チェックシート

患者さんの安全確保と適正使用推進のために、本チェックシートを用いて、患者さんの状態を事前に確認してください。
また、電子化された添付文書および医学的見地より、タルセバによる治療が適正であるかをご検討いただいた上、
ご担当医の総合的判断のもとで投与を開始してください。

【患者情報】

患者イニシャル	名() 姓()	性別	男・女	年齢	歳
タルセバ 投与開始予定日	20 年 月 日	入院・外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院に準ずる	同意	<input type="checkbox"/> 取得

【効能又は効果、用法及び用量に関連する注意等】

赤字・赤枠 に該当する場合は効能又は効果外となりますので本剤の治療を避けて下さい。**黒字・赤枠** は、有効性及び安全性は確立していません。

診断名	<input type="checkbox"/> 非小細胞肺癌	<input type="checkbox"/> その他 ()
本剤の治療ライン	<input type="checkbox"/> 一次治療 (EGFR遺伝子変異陽性) <input type="checkbox"/> 二次治療 <input type="checkbox"/> 三次治療 <input type="checkbox"/> 四次治療以降	<input type="checkbox"/> 一次治療 (EGFR遺伝子変異陰性又は不明) <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法

【警告・禁忌等】

赤字・赤枠 は禁忌に該当するため、本剤の治療を避けて下さい。**黒字・黄枠** は、注意喚起が必要な合併症・既往歴に該当するため、リスクベネフィット評価を行った上で他の適切な治療法への変更についても検討下さい。

本剤成分に対する過敏症の既往歴がある	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
肝機能障害を合併している	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
消化管潰瘍、腸管憩室を合併している、 又はその既往歴がある	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (消化管潰瘍) <input type="checkbox"/> はい (腸管憩室)

【間質性肺疾患の危険因子】

黒字・黄枠 に該当する場合は本剤投与後の間質性肺疾患の発現・増悪リスクが高くなる可能性が示唆されている等、注意が必要な項目です。該当する場合は、リスクベネフィット評価を行った上で他の適切な治療法への変更についても検討下さい。

胸部画像で間質性肺疾患を認める (間質性肺疾患*を合併している)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
間質性肺疾患*の既往歴がある	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
肺感染症を合併している、 又はその既往歴がある	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
肺気腫又はCOPDを合併している、 又はその既往歴がある	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
上記以外の肺疾患を合併している、 又はその既往歴がある	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
喫煙歴がある	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
PS (Performance Status)	<input type="checkbox"/> PS0 <input type="checkbox"/> PS1	<input type="checkbox"/> PS2 <input type="checkbox"/> PS3 <input type="checkbox"/> PS4
原疾患の転移臓器数	<input type="checkbox"/> 2個以下	<input type="checkbox"/> 3個以上

※間質性肺疾患：間質性肺炎、肺臓炎、放射線性肺臓炎、器質性肺炎、肺線維症、急性呼吸窮迫症候群、肺浸潤、胞隔炎等