

PEM(500)/q3W

[]

入院・外来

承認番号 NS - 019

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	ペメトレキセド	500mg/m ²	DIV	↓																
	生食	100mL	10min																	
<input type="checkbox"/> 1st line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. 先行するびゞの維持療法としてのみ投与可 2. PEM投与に際して、葉酸、ビタミンB12の補充を行う																

BV(15)/q3W

[]

入院・外来

承認番号 NS - 024

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	アバスチン	15mg/kg	DIV	↓																
	生食	100mL	60min																	
<input type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. 先行するびゞの維持療法としてのみ投与可 2. 2回目60min、3回目以降30min																

PEM(500)+BV(15)/q3W

[]

入院・外来

承認番号 NS - 026

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	ペメトレキセド	500mg/m ²	DIV	↓																
	生食	100mL	10min																	
2	アバスチン	15mg/kg	DIV	↓																
	生食	100mL	30min以上																	
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. 先行するびゞの維持療法としてのみ投与可 2. PEM投与に際して、葉酸、ビタミンB12の補充を行う																

イミフィンジ/q4W

[]

入院・外来

承認番号 NS - 048

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	~	28	
1	イミフィンジ	1500mg (※)	DIV	↓																
	生食	100mL	60min以上																	
<input type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 (Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 (Neo-Adjuvant療法) <input checked="" type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. 先行する根治的放射線療法後の維持療法としてのみ投与可 2. 投与期間は最大12か月まで。最適使用ガイドライン参照のこと 3. ※: 体重30kg以下では20mg/kg																

キイトルーダ(200)+PEM(500)/q3W [Maintenance] []

入院・外来

承認番号 NS - 053,54

適応疾患		非小細胞肺癌(非扁平上皮癌)申請		呼内	投与スケジュール																			
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21			
1	キイトルーダ	200mg	DIV		↓																			
	生食	100mL	30min																					
2	ペメトレキセド	500mg/m ²	DIV		↓																			
	生食	100mL	10min																					
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																								
[条件等] 1. 先行するレジムの維持療法としてのみ投与可 2. PEM投与に際して、葉酸、ビタミンB12の補充を行う																								

キイトルーダ(200)+nabPTX(100) or PTX(200)/q3W [Maintenance] []

入院・外来

承認番号 NS - 056, 57

適応疾患		非小細胞肺癌(扁平上皮癌)申請		呼内	投与スケジュール																			
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21			
1	キイトルーダ	200mg	DIV		↓																			
	生食	100mL	30min																					
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																								
[条件等] 1. 先行するレジムの維持療法としてのみ投与可 2. PDまで。治験ではInductionを含め、35コースまで。																								

テセントリク(1200)+BV(15)/q3W [Maintenance] []

入院・外来

承認番号 NS - 058

適応疾患		非小細胞肺癌(非扁平上皮癌)申請		呼内	投与スケジュール																			
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21			
1	テセントリク	1200mg	DIV		↓																			
	生食	250mL	※60min																					
2	アバスタチン	15mg/kg	DIV		↓																			
	生食	100mL	30min																					
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																								
[条件等] 1. 先行するレジムの維持療法としてのみ投与可 2. PDまたは認容可能なAEまで ※初回投与で問題なければ、2回目以降の投与時間は30分に短縮可。																								

テセントリク(1200)+PEM(500)/q3W [Maintenance] []

入院・外来

承認番号 NS-060, 061, 062

適応疾患		非小細胞肺癌(非扁平上皮癌)		申請	呼内	投与スケジュール																		
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21		
1	テセントリク	1200mg	DIV			↓																		
	生食	250mL	※60min																					
2	ペメトレキセド	500mg/m ²	DIV			↓																		
	生食	100mL	10min																					
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																								
[条件等] 1. 先行するレジムの維持療法としてのみ投与可 2. PEM投与に際して、葉酸、ビタミンB12の補充を行う 3. PDまたは認容可能なAEまで ※初回投与で問題なければ、2回目以降の投与時間は30分に短縮可。																								

テセントリク(1200)/q3W [Maintenance] []

入院・外来

承認番号 NS - 063

適応疾患		非小細胞肺癌(非扁平上皮癌)		申請	呼内	投与スケジュール																		
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21		
1	テセントリク	1200mg	DIV			↓																		
	生食	250mL	※60min																					
<input checked="" type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:																								
[条件等] 1. 先行するレジムの維持療法としてのみ投与可 2. PDまたは認容可能なAEまで ※初回投与で問題なければ、2回目以降の投与時間は30分に短縮可。																								

ポートラーザ(800) /q3W [Maintenance] [] **入院・外来**

承認番号 NS-064

適応疾患	非小細胞肺癌(非扁平上皮癌)	申請	呼内	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	ポートラーザ 生食	800mg 250mL	DIV 60min	↓							↓									
<input type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. 先行するレジムの維持療法としてのみ投与可 2. PDまたは認容可能なAEまで																

テセントリク(1200)+PEM(500) /q3W [Maintenance] [] **入院・外来**

承認番号 NS-060, 061, 062

適応疾患	非小細胞肺癌(非扁平上皮癌)	申請	呼内	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	21
1	テセントリク 生食	1200mg 250mL	DIV ※60min	↓																
2	ペメトレキセド 生食	500mg/m ² 100mL	DIV 10min	↓																
<input type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. 先行するレジムの維持療法としてのみ投与可 2. PEM投与に際して、葉酸、ビタミンB12の補充を行う 3. PDまたは認容可能なAEまで ※初回投与で問題なければ、2回目以降の投与時間は30分に短縮可。																

Durvalumab (1500) +Tremelimumab (75) +PEM (500) /q4W [Maintenance] [] **入院・外来**

承認番号 NS-88,89

適応疾患	非小細胞肺癌(非扁平上皮癌)	申請	呼内	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	28
1	イジユド(維持2回目のみ) 生食	75mg 100mL	DIV 60min	↓																
2	イミフィンジ 生食	1500mg(※) 100mL	DIV 60min	↓																
3	ペメトレキセド 生食	500mg/m ² 100mL	DIV 10min	↓																
<input type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. 先行するレジムの維持療法としてのみ投与可 2. イジユドは維持療法2コース目のみ投与 3. ※: イミフィンジは体重30kg以下は20mg/kg 4. PEM投与に際して、葉酸、ビタミンB12の補充を行う 5. PDまたは認容可能なAEまで																

Durvalumab (1500) +Tremelimumab (75) /q4W [Maintenance] [] **入院・外来**

承認番号 NS-90,91,92

適応疾患	非小細胞肺癌	申請	呼内	投与スケジュール																
抗がん剤/輸液	投与量	投与方法/時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	~	28
1	イジユド(維持2回目のみ) 生食	75mg 100mL	DIV 60min	↓																
2	イミフィンジ 生食	1500mg(※) 100mL	DIV 60min	↓																
<input type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line以降 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法(Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> 術前補助化学療法(Neo-Adjuvant療法) <input type="checkbox"/> その他:				[条件等] 1. 先行するレジムの維持療法としてのみ投与可 2. イジユドは維持療法2コース目のみ投与 3. ※: イミフィンジは体重30kg以下は20mg/kg 4. PDまたは認容可能なAEまで																