

I D : @PATIENTID @USERSECTION  
氏名 : @PATIENTNAME  
生年月日 : @PATIENTBIRTH2  
性別 : @PATIENTSEXN

綾部市立病院 化学療法  
標準プロトコール／治療計画書 [No.419]  
当レジメンの2024年度実施状況: 件

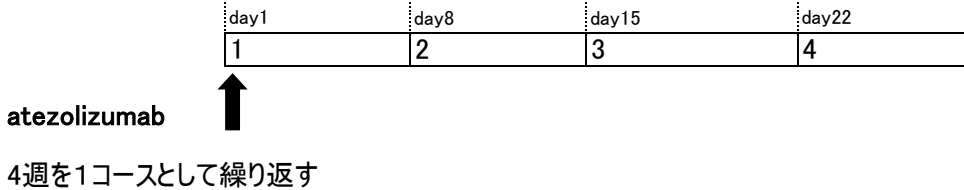
## 肺 atezolizumab (IM010、IM110、OAK) q4w

### <対象>

- ・プラチナ製剤を含む化学療法歴を有する切除不能なⅢB期/Ⅳ期又は再発の非小細胞肺癌患者 (EGFR遺伝子変異又はALK融合遺伝子陽性の患者ではそれぞれEGFRチロシンキナーゼ阻害剤又はALKチロシンキナーゼ阻害剤の治療歴も有する患者)
- ・化学療法歴のないPD-L1陽性(TC3(TC $\geq$ 50%)又はIC3(IC $\geq$ 10%))の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌(ただし、EGFR遺伝子変異又はALK融合遺伝子陽性の患者は除く)患者
- ・プラチナ製剤を含む術後補助療法後の術後病理病期Ⅱ期/ⅢA期のPD-L1陽性(TC $\geq$ 1%)非小細胞肺癌患者
- ・下記に該当する非小細胞肺癌患者に対する本剤の投与及び使用方法については、本剤の有効性が確立されておらず、本剤の投与対象とならない。  
→化学療法歴のない、SP142によるTC<50%IC<10%の患者に対する本剤の単独投与

(令和4年5月改訂アテゾリズマブ最適使用推進ガイドラインに基づく)

### <標準プロトコール>



### <使用薬剤・投与量>

アテゾリズマブ 1680 mg / body

### <治療計画>

切除不能進行再発

開始 年 月 日 ~ 治療に対して不応または不耐まで

術後補助化学療法

化学療法終了後 開始 年 月 日 ~ 1年間または16コース

主治医

指導医

主治医の先生へ) 治療開始時に患者情報・治療計画を記入し、薬剤部まで提出してください。