

レジメン登録申請書

診療科	血液内科	申請医師		提出日	年 月 日
レジメン名称	Dara-CyBorD療法				
対象疾患・ステージ等	全身性ALアミロイドーシス				
適応の有無	☒ 保険適応あり ☐ 保険適応なし				
入院実施による算定方法	☐ DPC包括対象 ☐ DPC包括対象外（出来高算定） ※手術あり(ポート留置など)の場合は出来高算定、手術なしの場合はDPC包括対象				
本治療の位置づけ	ALアミロイドーシスに対する寛解導入療法として、移植適応症例および非適応症例の両者において推奨される標準治療である(造血器腫瘍ガイドライン2023年版推奨グレード:カテゴリー2B)。				
使用予定日					

治療内容	投与順	薬剤	投与量	時間	投与方法	投与スケジュール											
						1日目		8日目		15日目		21日目	22日目		28日目	週目	週目
	Rp1	デキサメタゾン*1	20mg/body		p.o.	D1-2		D8-9		D15-16			D22-23	1-2サイクル			
						D1-2				D15-16				3-6サイクル			
						D1							7サイクル以降				
		●				●		●			●	1-2サイクル					
		●						●				3-6サイクル					
		●				●		●				1-2サイクル					
	Rp2	ダラツムマブ	1800mg/body		s.c	●		●		●			●				
						1～2サイクル											
						●				●							
						3～6サイクル											
						●											
	7サイクル以降																
	Rp3	ボルテゾミブ(ベルケイド®)*4	1.3mg/m2		s.c	●		●		●			●	1～6サイクル			
	デキサメタゾン	40mg/body*2		p.o.			●					●	3-6サイクル				
	シクロホスファミド*3	300mg/m2		p.o.	●		●		●			●	1-6サイクル				
総投与時間																	
血管外漏出時のリスク																	
(備考)調製時・投与時の注意点など		* 1 ダラツムマブ投与日はダラツムマブ投与1～3時間前に内服 * 2 75歳を超えるまたはBMI: 18.5kg/m2未満の患者にはデキサメタゾンを20mg/週で投与する。 * 3 シクロホスファミドの服用量は50mg単位で切り捨てる。500mg/週を超えないこと。 * 4 全身性ALアミロイドーシスの適応は先発品(ベルケイド)のみ(2024.9.6時点)															
1サイクル期間		28日															
総コース数		PDまで or 最大24サイクル															

化学療法委員会は 奇数月の第2火曜日です。レジメン申請書の提出は化学療法委員会2週間前までにお願いします。