【No.24】 weekly PTX療法

病名______________________　ID __________－______　氏名 ______________(才)(男・女)　※化学療法承諾書要作成

身長________cm　体重________kg　体表面積__________㎡　PS 0・1・2・3・4

____________科　主治医__________　治療ライン____次治療　服薬指導 依頼する・不要

HBs抗原(+)→HBV DNA( ),HBs抗原(-)→HBc抗体( )HBs抗体( )　確認医(科長)______

中止又は延期基準(添付文書B法より抜粋)
day1 ・白血球数3000/mm^3未満 ・好中球数1500/mm^3未満
day8,15 ・白血球数2000/mm^3未満 ・好中球数1000/mm^3未満

※化学療法実施当日の2号紙に、実施の可否について記載すること。(記載確認後ミキシング開始となります。)

※参考(添付文書での使用方法)
B法:100mg/m^2 6週投与1週休薬
C法:80mg/m^2 週1回投与を繰り返す
E法:80mg/m^2 3週投与1週休薬

コース	体重	D1	8	15	指示	受領

コース	体重	D1	8	15	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式		D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
		催吐リスク	実施日																												
① 〇ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺) 生食250mlでルート確保後、ロック 〇末梢患者 生食250mlでルート確保後、ロック			指示	●							●							●													
			受領																												
			入力																												
			実施																												
② 生食100ml＋{グラニセトロン1A or パロノセトロン1V} ＋デキサート ____mg＋ポララミン __A ＋{ファモチジン 1A or ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ1V} ※ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ使用の場合、①残液でフラッシュ。	30分		指示	●							●							●													
			受領																												
			入力																												
			実施																												
③ 生食250ml＋パクリタキセル ______mg ※終了後、①の残液でフラッシュ 変更1:_______mg(変更日:________) 変更2:_______mg(変更日:________)	60分	80mg/㎡	指示	●							●							●													
	ﾌｨﾙﾀｰ有	軽度 10-30%	受領																												
			入力																												
			実施																												
④ 生食20ml シリンジロック or ヘパリンシリンジロック (ポート患者のみ)			指示	(●)							(●)							(●)													
			受領																												
			入力																												
			実施																												
			指示																												
			受領																												
			入力																												
			実施																												
			指示																												
			受領																												
			入力																												
			実施																												
3投1休(4週毎)																															

太枠内は原本に記入せず、カラーコピーして使用すること。

在庫確保のため、投与2日前(休日を挟む場合は休前日)までに薬剤科へコピーを提出すること。

改定日R3.6.29