

【No.47】 R-DeVIC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 _____ m² 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) _____

※ミキシングは平日のみとなりますので、日程の調整をお願いします。

※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。)

【リツキシマブ点滴速度】

・初回は①～③、2回目以降②、③で投与

①25ml/hr(60min)

②100ml/hr(60min)

③200ml/hr(終了まで)

| コース | 体重 | day1 | 2 | 3 | 4 | | | 指示 | 受領 |
|-----|----|------|---|---|---|--|--|----|----|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| 指示内容 | 点滴時間 | 計算式 催吐リスク | 実施日 | day1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | ... | 21 |
|--|-----------------------|----------------------|----------------------|------|----|----|----|---|---|-----|----|
| | | | | 指示 | 受領 | 入力 | 実施 | | | | |
| ① ○ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺)生食250mlでルート確保 ○末梢患者 生食250mlでルート確保 | | | 指示 受領 入力 実施 | ● | ● | ● | ● | | | | |
| ② 生食500ml + リツキシマブ _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____) ※終了後①の残液でフラッシュ | 上記参照 | 375mg/m ² | 指示 受領 入力 実施 | ● | | | | | | | |
| ③ 生食100ml + グラニセトロン1A + デキサート6.6mg 5V | 30分 | | 指示 受領 入力 実施 | | ● | ● | ● | | | | |
| ④ 5%Glu250ml + カルボプラチン _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____) | 60分 | 300mg/m ² | 指示 受領 入力 実施 | | ● | | | | | | |
| ⑤ 5%Glu500ml + ベブシド _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____) | 120分 | 100mg/m ² | 指示 受領 入力 実施 | | ● | ● | ● | | | | |
| ⑥ 生食100ml + ウロミテキサン _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____) | 30分 | 300mg/m ² | 指示 受領 入力 実施 | | ● | ● | ● | | | | |
| ⑦ 生食500ml + イホマイド _____g 変更1: _____g(変更日: _____) 変更2: _____g(変更日: _____) ※終了後①の残液でフラッシュ | 120分 | 1.5g/m ² | 指示 受領 入力 実施 | | ● | ● | ● | | | | |
| ⑧ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml (ポート患者のみ) | | | 指示 受領 入力 実施 | ● | ● | ● | ● | | | | |
| ⑨ 生食100ml + ウロミテキサン _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____) 2回 (⑦開始4時間後、⑦開始8時間後) ※持続点滴が無い場合は、前後生食シリンジ10mlを入力 | 30分 (ネオシールドは使用しない) | 300mg/m ² | 指示 受領 入力 実施 | | ● | ● | ● | | | | |
| 内服 day1 点滴開始30分前 カロナル(200)2錠、レスタミン(10)3錠 1日分 | | | 指示 受領 入力 実施 | ● | | | | | | | |
| 3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。