

# 【No.52】 CPT-11B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 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> 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・延期基準

(イリノテカン添付文書より抜粋)

- ・白血球数3000/mm<sup>3</sup>未満
- ・血小板数10万/mm<sup>3</sup>未満

## UGT1A1ホモもしくはダブルヘテロの場合

→少なくとも1段階の減量推奨(イリノテカン米国添付文書より)

※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。)

コース	体重	day1		指示	受領
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		

day1	2	3	4	5	6	7	8	9	...	14
------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	----

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	7	8	9	...	14	
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	●											
② 生食100ml + { グラニセトン1A or パロノセトン1V } + デキサート _____ mg + ポララミン _____ A + { ファモチジン1A or ホスアプレピタント1V }	30分		受領												
			入力												
			実施												
③ ②でホスアプレピタントを使用する場合、①残液でフラッシュ	全開		指示	(●)											
			受領												
			入力												
④ 5%Glu250ml + イリノテカン _____ 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: _____)	90分	150mg/m <sup>2</sup>	指示	●											
			受領												
			入力												
⑤ 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)			実施												
			指示	(●)											
			受領												
			入力												
			実施												
<b>2週毎(1投1休)</b>		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。													