【No.62】 HAL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(ハラヴェン添付文書より抜粋)
- 好中球数1000/mm^{3}未満
- 血小板数7.5万/mm^{3}未満
- 非血液毒性Grade3以上

減量の目安(ハラヴェン添付文書より抜粋)
1.4mg/m^2 → 1.1mg/m^2 → 0.7mg/m^2 → 投与中止を考慮

※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	D1	8	指示	受領

コース	体重	D1	8	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 / 催吐リスク
① ○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 ○末梢患者　生食250mlでルート確保後、ロック		
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 ホスアプレピタント1V} ※ホスアプレピタント使用の場合、①残液でフラッシュ。	30分	
③ 生食50ml 0.6V ＋ ハラヴェン＿＿＿＿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	5分	1.4mg/m^2 軽度 10-30%
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)		
3週毎(2投1休)		

実施日	D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
指示	●							●													
受領																					
入力																					
実施																					
指示	●							●													
受領																					
入力																					
実施																					
指示	●							●													
受領																					
入力																					
実施																					
指示	(●)							(●)													
受領																					
入力																					
実施																					
指示																					
受領																					
入力																					
実施																					
指示																					
受領																					
入力																					
実施																					

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