

【No.71】 DP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) _____

中止・延期基準(添付文書より抜粋)
 ・好中球数2000/mm³未満(ドセタキセル)
 ・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満)
 (シスプラチン)

※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。)
 ※アロカリス:原則として、入院患者への使用はホスアプレピタントを使用できない症例に限定すること。

コース	体重	day0	day1	day2	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	実施日	day0	day1	day2	...	28
① Oポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺)			指示	●				
			受領					
			入力					
			実施					
② ラクテック500ml (day1 7:00開始)	120分		指示	●	●	●		
	側管		受領					
			入力					
			実施					
③ ST3 500ml	120分		指示	●	●	●		
	側管		受領					
			入力					
			実施					
④ 生食250ml(ルート確保)			指示		●			
			受領					
			入力					
			実施					
⑤ 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 or ※アロカリス1V] ※終了後、④残液でフラッシュ。	30分		指示		●			
			受領					
			入力					
			実施					
⑥ 生食250ml + ドセタキセル _____ mg ※終了後④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	70mg/m ²	指示		●			
		軽度 10-30%	受領					
			入力					
			実施					
⑦ 生食500ml + シスプラチン _____ mg ※終了後④の残液でフラッシュ 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	180分	50mg/m ²	指示		●			
		高度 90%以上	受領					
			入力					
			実施					
⑧ ST3 500ml + ラシックス1A	120分		指示		●			
	側管		受領					
			入力					
			実施					
⑨ ST3 500ml + プリンペラン2A	180分		指示		●			
	側管		受領					
			入力					
			実施					
⑩ ST3 500ml ×2回 (翌日まで)		側管	指示		●			
			受領					
			入力					
			実施					
⑪ 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					
4週毎(1投3休)			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 R5.2.27