

【No.132】 HER + CAPOX療法

病名 _____ ID _____
 身長 _____ cm 体重 _____ kg
 _____ 科 主治医 _____

氏名 _____ (才)(男・女)
 体表面積 _____ m²
 治療ライン _____ 次治療 服薬指導 依頼する・不要

※化学療法承諾書要作成
 PS 0・1・2・3・4

HBs抗原(+)→HBV DNA(), HBs抗原(-)→HBc抗体() HBs抗体()

確認医(科長) _____

カペシタビンとワルファリンカリウムとの併用により、出血が発現し死亡に至った例も報告されている。(カペシタビン添付文書警告欄より抜粋)

【警告】(トラスツズマブ添付文書より抜粋)

- ・必ず投与開始前には、患者の心機能を確認すること。
- ・安静時呼吸困難のある患者において、Infusion reactionが重篤化しやすいので、十分に観察しながら慎重に投与すること。

投与可能条件(添付文書・適正使用ガイドより抜粋)

- ・好中球1500/mm³以上(オキサリプラチン、カペシタビン)
- ・血小板7.5万/mm³以上(オキサリプラチン、カペシタビン)

右下の欄へ続く

コース	体重	D1	指示	受領	コース	体重	D1	指示	受領

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	
①	●																								
②	●																								
③	●																								
④	●																								
⑤	(●)																								
内服	タ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

指示内容	点滴時間	計算式
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		催吐リスク
② 初回のみ(90分) 生食250ml + 注射用水20ml 2V + トラスツズマブ _____mg ②' 2回目以降(30分) 生食250ml + 注射用水20ml 2V + トラスツズマブ _____mg	初回8mg/kg 以降6mg/kg	最小 10%未満
③ 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	
④ 5%Glu250ml + オキサリプラチン _____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: _____)	120分	130mg/m ² 中等度 30-90%
⑤ 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)		
内服: カペシタビン300mg 1回 _____錠 1日2回朝夕食後 14日分 (初日は夕食後より開始) 変更1: 1回 _____錠(変更日: _____) 変更2: 1回 _____錠(変更日: _____)	d1夕-d15朝	1000mg/m ² /回 軽度 10-30%
3週毎(HER、L-OHP: 1投2休、Cape: 2投1休)		

左上の欄より続き

減量基準
 (オキサリプラチン添付文書より抜粋)
 Grade3以上の有害事象の場合
 ・1回目: 100mg/m²に減量
 ・2回目: 85mg/m²に減量
 (ゼローダ適正使用ガイドより抜粋)
 ・Ccr30-50: 1段階減量
 ・Ccr30未満: 禁忌

カペシタビン投与量
 体表面積 一回量
 ・1.36m²未満 1200mg
 ・1.36-1.66m² 1500mg
 ・1.66-1.96m² 1800mg
 ・1.96m²以上 2100mg

※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。)

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。