

# 【No.151】 エトポシド単独療法

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) \_\_\_\_\_

**【禁忌】(添付文書より抜粋)**  
 ・重篤な骨髄抑制のある患者

体重	コース	D1	2	3	4	5	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式	実施日	D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21			
				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			指示	●	●	●	●	●																			
			受領																								
			入力																								
			実施																								
② 生食100ml + グラニセトロン1A + デキサート6.6mg 1V + デキサート3.3mg 1A	30分		指示	●	●	●	●	●																			
			受領																								
			入力																								
			実施																								
③ 5%Glu 250ml + ペプシド _____ mg ※終了後、①残液でフラッシュ	60分	100mg/m <sup>2</sup>	指示	●	●	●	●	●																			
			受領																								
			入力																								
			実施																								
④ ST3 500ml + プリンペラン2A	120分	側管	指示	●	●	●	●	●																			
			受領																								
			入力																								
			実施																								
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)			指示	●	●	●	●	●																			
			受領																								
			入力																								
			実施																								

5日間連続投与 14~21日休薬

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、原則として投与2日前(休日を挟む場合は休前日)までに提出すること。

改定日R3.6.29