

【No.162】 Cmab/CBDCA/5-FU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) _____

電解質異常が起こることがあるため、定期的にCa、Mgの測定を実施すること。
 (アービタックス)
 中止・延期基準(添付文書、適正使用の目安より抜粋)
 ・Grade3以上のInfusion reaction、皮膚症状(アービタックス)
 アービタックス投与量 ・初回400mg/m² ・2回目以降250mg/m²
 減量・中止を検討(アービタックス適正使用ガイドより抜粋)
 ・Grade3以上の低マグネシウム血症
 ・QTcの著明な延長を認めたとき
 ※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	2	3	4	8	15	指示	受領

ミキシングは平日のみとなりますので、日程の調整をお願いします。

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 +デキササート 4.95mg +プロイメンド1V+ ポララミン 1A ※終了後、①残液でフラッシュ。	30分		指示	●																					
			受領																						
			入力																						
			実施																						
②' 生食100ml +デキササート6.6mg+ポララミン 1A	30分		指示								●								●						
			受領																						
			入力																						
			実施																						
③ 初回のみ(120分) 生食500ml +アービタックス _____mg ※終了後①の残液で滴下(100ml/hr.60分)	左記	上記	指示	●							●								●						
			受領																						
			入力																						
			実施																						
④ 5%Glu250ml+カルボプラチン _____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: _____)	60分	AUC=5	指示	●																					
			受領																						
			入力																						
			実施																						
⑤ 生食500ml + フルオロウラシル _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____)	24時間	800mg/m ²	指示	●	●	●	●																		
			受領																						
			入力																						
			実施																						
⑥ (day5のみ)生食50ml ⑦ 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																						

3週毎 6コース

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。