【No.170】 PCE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)＿＿＿

Infusion reactionが発現する可能性があるため、特に初回はエピネフリン、ステロイド、抗ヒスタミン剤、気管支拡張薬の投与、酸素吸入等、緊急時に対応できる薬剤・機器を準備した管理下で投与を行うこと。(アービタックス適正使用ガイドより抜粋)
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)
休薬・中止基準(添付文書より抜粋)
・Grade3以上のInfusion reaction、皮膚症状(アービタックス)
・白血球数3000/mm³未満、好中球数1500/mm³未満(パクリタキセル)

右下の欄へ続く

コース	体重	D1	8	15	指示	受領

コース	体重	D1	8	15	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 1A ＋{ファモチジン 1A or ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ1V} ※ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ使用の場合、①残液でフラッシュ。	30分	
②' 生食100ml ＋デキサート ＿＿mg＋ポララミン1A	30分	
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) 2回目以降(60分) 生食250ml ＋アービタックス＿＿＿mg ※終了後、①の残液でフラッシュ	左記	右記 最小<10%
④ 生食250ml＋パクリタキセル ＿＿＿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 ﾌｨﾙﾀｰ有	100mg/㎡ 軽度 10-30%
⑤ 5%Glu250ml ＋ カルボプラチン＿＿＿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	30分	AUC=2.5 中等度 30-90%
⑥ 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		

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																					
指示	●							●													
受領																					
入力																					
実施																					
指示	(●)							(●)							(●)						
受領																					
入力																					
実施																					

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

アービタックス投与量
・初回400mg/m²
・2回目以降250mg/m²

※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。

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R4.5.30