【No.2】 Weekly DTX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)＿＿＿＿

中止又は延期基準(ドセタキセル添付文書より抜粋)

・好中球2000/mm³未満

※逸脱例に使用する場合、患者の同意がある旨2号紙に記載すること。
(記載確認後ミキシング開始となります。)

コース/入院外来	体重	D1	8	15	指示	受領
入・外						
入・外						
入・外						
入・外						
入・外						

コース/入院外来	体重	D1	8	15	指示	受領
入・外						
入・外						
入・外						
入・外						
入・外						

指示内容	点滴時間	計算式 / 催吐リスク	実施日	D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
① ○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 ＋ デキサート＿＿＿mg	30分		指示	●							●							●													
			受領																												
			入力																												
			実施																												
③ 生食100ml＋ドセタキセル＿20 or 30＿mg 変更1:＿＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)	60分		指示	●							●							●													
変更2:＿＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)		軽度 10-30%	受領																												
			入力																												
			実施																												
④ ①の残液でフラッシュ			指示	●							●							●													
			受領																												
			入力																												
			実施																												
			指示																												
			受領																												
			入力																												
			実施																												
			指示																												
			受領																												
			入力																												
			実施																												

(4週毎)3投1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、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