

【No.9】 VNB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) _____

中止又は延期基準(ナベルピン添付文書より抜粋)
 ・白血球数が2000/mm³未満の場合

 ※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	体重	D1	8	指示	受領

コース	体重	D1	8	指示	受領

D1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

指示内容	点滴時間	計算式	実施日																					
		催吐リスク		D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
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 + デキサート6.6mg	30分		指示	●							●													
			受領																					
			入力																					
			実施																					
③ 生食50ml+ナベルピン _____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	全開	25mg/m ²	指示	●							●													
		最小<10%	受領																					
			入力																					
			実施																					
④ 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																					
			指示																					
			受領																					
			入力																					
			実施																					
			指示																					
			受領																					
			入力																					
			実施																					

(3週毎)2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