【No.17】 S-1/GEM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

S1(エスワンタイホウ適正使用の目安より抜粋)

・白血球2000未満 ・好中球1000未満 ・血小板7.5万未満 ・Ccr30未満

ゲムシタビン(添付文書より抜粋)

・白血球数2000/μL未満 ・血小板数7万/μL未満

エスワン減量基準(エスワンタイホウ適正使用の目安より抜粋)

・Ccr60-80 必要に応じて1段階減量

・Ccr30-60 原則として1段階以上の減量

エスワン投与量(1回量)

・体表面積 1.25m²未満 = 40mg , 1.25-1.5m² = 50mg , 1.5m²以上 = 60mg

※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	15	指示	受領

コース	体重	D1	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 ＿A ＋{ファモチジン 1A or ホスアプレピタント1V} ※ホスアプレピタント使用の場合、①残液でフラッシュ。	30分	
③ (OP室用)生食100ml＋ゲムシタビン＿＿＿＿mg 変更1:＿＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿＿) 変更2:＿＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿＿)	30分	1000mg/m² 軽度 10-30%
④ ①の残液でフラッシュ		
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)		
内服:エスワン 1回＿＿＿mg 1日2回朝夕食後 14日分 **(初日は夕食後より開始)** 変更1:1回＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿＿) 変更2:1回＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿＿)	d1夕-d15朝	上記 軽度 10-30%

4週毎(GEM:1投1休、S1:2投2休)

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
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	夕	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	朝													
受領																												
入力																												
実施																												

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R4.6.29