【No.22】 bi-weekly 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）＿＿＿

休薬・中止基準（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

※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	day1	体重	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	実施日	day1	2	3	4	5	6	7	8	…	14
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ（穿刺）生食250mlでルート確保 ○末梢患者 生食250mlでルート確保			指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
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 ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ1V ｝	30分		指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
③ ②でﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄを使用する場合、①残液でフラッシュ	全開		指示	（●）									
			受領										
			入力										
			実施										
④ (OP室用)生食100ml ＋ ゲムシタビン＿＿＿＿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:＿＿＿）	30分	1000mg/㎡ 軽度 10〜30%	指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
⑤ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml （ポート患者のみ）			指示	（●）									
			受領										
			入力										
			実施										
			指示										
			受領										
			入力										
			実施										

1投1休（2週毎）

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R3.6.29