

【No.23】 weekly GEM療法

病名 _____ ID _____ (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
 (ゲムシタピン添付文書より抜粋)
 ・白血球数2000/ μ L未満
 ・血小板数7万/ μ L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	体重	D1	8	15	指示	受領	コース	体重	D1	8	15	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 22 23 24 25 26 27 28

指示内容	点滴時間	計算式	実施日																																				
				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			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 ホスアプレピタト1V] ※ホスアプレピタト使用の場合、①残液でフラッシュ。	30分		指示																																				
			受領																																				
			入力																																				
			実施																																				
③ (OP室用)生食100ml+ゲムシタピン _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____)	30分	1000mg/m ²	指示																																				
			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																																				
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)			指示																																				
			受領																																				
			入力																																				
			実施																																				

3投1休(4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。