

【No.35】 weeklyGEM + PTX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 (添付文書より抜粋)
 ・白血球数2000/ μ L未満(ゲムシタビン)
 ・血小板数7万/ μ L未満(ゲムシタビン)
 ・白血球数4000/ μ L未満(パクリタキセル)
 ・好中球数2000/ μ L未満(パクリタキセル)

減量基準 (パクリタキセル添付文書より抜粋)
 ・白血球数1000/mm³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	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+ {グラニセトロン1A or パロノセトロン1V} +デキササート _____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 生食250ml+パクリタキセル _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____)	150分	175mg/m ²	指示	●																					
	フィルター有	軽度	受領																						
		10-30%	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	1250mg/m ²	指示	●							●														
		軽度	受領																						
		10-30%	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																						
			指示																						
			受領																						
			入力																						
			実施																						

3週毎(2投1休、d8はGEMのみ)

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