

【No.41】 低用量FP + RT療法(食道癌) 1~28日

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(+) \rightarrow HBV DNA() , HBs抗原(-) \rightarrow HBc抗体() HBs抗体()

確認医(科長) _____

抗癌剤のミキシングは平日のみの対応となりますので、日程の調整をお願い致します。

※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。)

	月	火	水	木	金	指示	受領
1週目							
2週目							
3週目							
4週目							

5.6週目は次ページ

指示内容	点滴時間	計算式	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					
				催吐リスク		高度 90%以上		軽度 10-30%																												
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	ルート1		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	ルート1	30分	指示	●							●							●							●											
			受領																																	
			入力																																	
			実施																																	
③ 生食100ml + デキサート _____mg	ルート1	30分	指示		●	●	●	●				●	●	●	●			●	●	●	●					●	●	●	●							
			受領																																	
			入力																																	
			実施																																	
④ 生食100ml + シスプラチン _____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: _____)	ルート1	60分	指示	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●			●	●	●	●	●			●	●	●	●	●							
			受領																																	
			入力																																	
			実施																																	
⑤ 生食500ml + フルオロウラシル _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____)	ルート2	24時間	指示	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●			●	●	●	●	●			●	●	●	●	●							
			受領																																	
			入力																																	
			実施																																	
⑥ 生食50ml (全開) ⑦ 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																																	
5日投与2日休薬 6週間			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

【No.41】 低用量FP + RT療法(食道癌) 29~42日

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(+) \rightarrow HBV DNA() , HBs抗原(-) \rightarrow HBc抗体() HBs抗体()

確認医(科長) _____

抗癌剤のミキシングは平日のみの対応となりますので、日程の調整をお願い致します。

※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。)

	月	火	水	木	金	指示	受領
5週目							
6週目							

D29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42

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	ルート1		指示	●	●	●	●	●				●	●	●	●	●				
			受領																	
			入力																	
			実施																	
② 生食100ml + {グラニセトン1A or パロノセトン1V} +デキサート _____mg	ルート1	30分	指示	●								●								
			受領																	
			入力																	
			実施																	
③ 生食100ml + デキサート _____mg	ルート1	30分	指示		●	●	●	●					●	●	●	●				
			受領																	
			入力																	
			実施																	
④ 生食100ml + シスプラチン _____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: _____)	ルート1	60分	指示	●	●	●	●	●				●	●	●	●	●				
			受領																	
			入力																	
			実施																	
⑤ 生食500ml + フルオロウラシル _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____)	ルート2	24時間	指示	●	●	●	●	●				●	●	●	●	●				
			受領																	
			入力																	
			実施																	
⑥ 生食50ml (全開) ⑦ 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																	
5日投与2日休薬 6週間			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