

【No.42】 low dose FP動注療法(肝臓癌)

病名 _____

ID _____

氏名 _____ (才)(男・女)

※化学療法承諾書要作成

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。

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

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																																	
① リザーバーから 生食20mlシリンジ(穿刺)			指示	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●			●	●	●	●	●			●	●	●	●	●								
			受領																																		
			入力																																		
			実施																																		
② 生食20ml + シスプラチン10mg 1V (40ml/h)	60分	10mg/body	指示	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●			●	●	●	●	●			●	●	●	●	●								
			受領																																		
			入力																																		
			実施																																		
③ 生食20ml + フルオロウラシル250mg 1V (5ml/h)	5時間	250mg/body	指示	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●			●	●	●	●	●			●	●	●	●	●								
			受領																																		
			入力																																		
			実施																																		
④ 生食20ml シリンジロック or ヘパリンシリンジロック			指示	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●			●	●	●	●	●			●	●	●	●	●								
			受領																																		
			入力																																		
			実施																																		
5日投与2日休薬 4週間			指示																																		
			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、原則として投与2日前(休日を挟む場合は休前日)までに提出すること。

改定日R3.6.29