# 【No.43】 S1 + CDDP療法(1)

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)＿＿＿

**中止・延期基準(エスワン適正使用の目安より抜粋)**
・白血球2000/mm³未満 ・好中球1000/mm³未満
・血小板7.5万/mm³未満 ・Ccr30未満
**中止・延期基準(シスプラチン添付文書より抜粋)**
・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満)
**エスワン減量基準(エスワンタイホウ適正使用の目安より抜粋)**
・Ccr60-80:必要に応じて1段階減量
・Ccr30-60:原則として1段階以上の減量
**エスワン投与量(1回量)**
体表面積 1.25m²未満 = 40mg 1.25-1.5m² = 50mg 1.5m²以上 = 60mg
**※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 | 15 | 指示 | 受領 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| コース | 体重 | D1 | 15 | 指示 | 受領 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 指示内容 | 点滴時間 | 計算式 / 催吐リスク |
|---|---|---|
| ① ○ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺)<br>② ST1 500ml ×2回(本ルート) | 120分×2<br>本ルート | |
| ③ 生食250ml(側管プライミング用) | 側管 | |
| ④ 生食100ml＋{グラニセトロン1A or パロノセトロン1V}<br>＋デキサート＿＿mg＋ポララミン ＿A<br>＋{ファモチジン 1A or ホスアプレピタント1V}<br>※ホスアプレピタント使用の場合、①残液でフラッシュ。 | 30分<br>側管 | |
| ⑤ 生食500ml＋シスプラチン＿＿＿mg<br>変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)<br>変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) | 120分<br>側管 | 30mg/㎡<br>高度 90%以上 |
| ⑥ ハルトマンpH8 500ml + ラシックス20mg<br>⑦ 生食20ml シリンジロック or ヘパリンシリンジロック | 120分<br>本ルート | |
| 内服:エスワン 1回＿＿＿mg<br>1日2回朝夕食後 21日分 **(初日は夕食後より開始)**<br>変更1:1回＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)<br>変更2:1回＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) | d1夕-d22朝 | 上記<br>軽度 10-30% |

| 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 | … | 28 | 29 | 30 | … | 35 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | … | | | | … | |
| 指示 | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指示 | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指示 | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指示 | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指示 | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指示 | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指示 | 夕 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 朝 | | | | | | | |
| 受領 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**5週毎(CDDP:day1,15 S1:3投2休)**

**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R4.6.29