【No.44】 S1 + CDDP療法(2)

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。)

※アロカリス:原則として、入院患者への使用はホスアプレピタントを使用できない症例に限定すること。

コース	体重	D1	8	指示	受領

コース	体重	D1	8	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) ② ST1 500ml ×2回(本ルート)	120分×2 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} ＋デキサート ＿＿mg＋ポララミン ＿A ＋{ファモチジン 1A or ホスアプレピタント1V or ※アロカリス1V} ※終了後、③残液でフラッシュ。	30分 側管	
⑤ (ケモ専用)生食500ml＋シスプラチン＿＿＿＿mg 変更1:＿＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) 変更2:＿＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)	150分 側管	60mg/㎡ 高度 90%以上
⑥ ラクテック 500ml + ラシックス20mg 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 本ルート	
内服:エスワン 1回＿＿＿mg 1日2回朝夕食後 21日分 **(初日は夕食後より開始)** 変更1:1回＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) 変更2:1回＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)	d1夕-d22朝	上記 軽度 10-30%
5週毎(CDDP:day8、S1:3投2休)		

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
																								…				…	
① 指示								●																					
② 受領																													
入力																													
実施																													
③ 指示								●																					
受領																													
入力																													
実施																													
④ 指示								●																					
受領																													
入力																													
実施																													
⑤ 指示								●																					
受領																													
入力																													
実施																													
⑥ 指示								●																					
⑦ 受領																													
入力																													
実施																													
内服 指示	夕	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	朝							
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、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R5.2.27