

【No.45】 5-FU + CDDP療法(1)(食道癌)

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・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)

※ミキシングは平日のみとなりますので、日程の調整をお願いします。

※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。)

※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	day1	2	3	4	5	6	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	実施日	day1	2	3	4	5	6	...	28
① Oポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺)			指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
② 生食250mlでルート確保 ※ルート3確保時も使用	ルート1		指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
③ 生食500ml + フルオロウラシル _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	24時間 ルート1	800mg/m ² 軽度 10~30%	指示	●	●	●	●	●			
			受領								
			入力								
			実施								
④ 生食50ml(全開) ⑤ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml			指示						●		
			受領								
			入力								
			実施								
⑥ ST1 500ml × 2回	120分 × 2 ルート2		指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
⑦ 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 }	30分 ルート3		指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
⑧ 終了後、②の残液でフラッシュ	全開 ルート3		指示	(●)							
			受領								
			入力								
			実施								
⑨ (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: _____)	120分 ルート3	80mg/m ² 高度 90%以上	指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
⑩ ST1 500ml + ラシックス1A	120分 ルート2		指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
			指示								
			受領								
			入力								
			実施								
4週毎	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。										