【No.58】 GC療法

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)＿＿＿

中止又は延期基準

(ゲムシタビン添付文書より抜粋)

・白血球数2000/μL未満

・血小板数7万/μL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。)

コース	体重	D1	2	8	15	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 / 催吐リスク	実施日	D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
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			指示	●	●						●							●						
			受領																					
			入力																					
			実施																					
② 生食100ml＋{ グラニセトロン1A or なし } ＋デキサート ＿＿mg＋ポララミン ＿A	30分		指示	●							●							●						
			受領																					
			入力																					
			実施																					
③ (OP室用)生食100ml＋ゲムシタビン＿＿＿＿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:＿＿＿＿)	30分	800mg/㎡ 軽度 10-30%	指示	●							●							●						
			受領																					
			入力																					
			実施																					
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 ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ1V} ※ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ使用の場合、①残液でフラッシュ。	30分		指示		●																			
			受領																					
			入力																					
			実施																					
⑤ 生食500ml＋カルボプラチン＿＿＿＿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:＿＿＿＿)	120分	AUC=4 中等度 30-90%	指示		●																			
			受領																					
			入力																					
			実施																					
⑥ 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																					
3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。

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