【No.63】 SOX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・延期基準(添付文書、適正使用の目安より抜粋)
- 好中球数1500/mm³未満(オキサリプラチン)
- 白血球2000/mm³未満(エスワン)
- 好中球1000/mm³未満(エスワン)
- 血小板7.5万/mm³未満(エスワン、オキサリプラチン)
- Ccr30未満(エスワン)

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

右下の欄へ続く

コース	体重	D1		指示	受領

コース	体重	D1		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) 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		
② 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	
③ 5%Glu250ml＋オキサリプラチン＿＿＿＿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	100 or 130mg/m² / 中等度 30−90%
④ 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)		
内服:エスワン 1回＿＿＿＿mg 1日2回朝夕食後 14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−15朝	右記 / 軽度 10−30%
3週毎(L−OHP:1投2休、S1:2投1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
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																					

左上の欄より続き

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。)

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。