【No.65】 GEM + CDDP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(添付文書より抜粋)
- 白血球数2000/μL未満(ゲムシタビン)
- 血小板数7万/μL未満(ゲムシタビン)
- 重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満)(シスプラチン)

※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	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) 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 ホスアプレピタント1V} ※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	
③ (OP室用)生食100ml＋ゲムシタビン＿＿＿mg 変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿) 変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿)	30分	1000mg/㎡ 軽度 10−30%
④ 生食500ml＋シスプラチン＿＿＿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:＿＿＿)	60分	25mg/㎡ 高度 90%以上
⑤ 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)		
3週毎(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																					
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R3.6.29