

【No.66】 5-FU + CDGP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 _____ 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) _____

(アクブラ添付文書より抜粋)
 ・強い骨髄抑制を有する薬剤であり、頻回に臨床検査を行うなど慎重に投与すること。

※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	day1	2	3	4	5	6	指示	受領

ルート①

ルート②

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	800mg/m ²	指示	●	●	●	●	●			
			受領								
	ルート1	軽度 10~30%	入力								
			実施								
④ 生食50ml	全開		指示						●		
			受領								
	ルート1		入力								
			実施								
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 ②でルート確保	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 + ボララミン _____ A + { ファモチジン1A or ホスアプレピタント1V }	30分		指示	●							
			受領								
	ルート2		入力								
			実施								
⑧ ⑦でホスアプレピタントを使用する場合、②残液でフラッシュ	全開		指示	(●)							
			受領								
	ルート2		入力								
			実施								
⑨ 生食1000ml + アクブラ _____ mg ※終了後、②残液でフラッシュ 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	120分	90mg/m ²	指示	●							
			受領								
	ルート2	中等度 30-90%	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。										