

【No.69】 TP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) _____

中止・延期基準(添付文書より抜粋)
 ・白血球数4000/mm³未満(パクリタキセル)
 ・好中球数2000/mm³未満(パクリタキセル)
 ・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満)
 (シスプラチン)

減量基準
 (パクリタキセル添付文書より抜粋)
 ・白血球数1000/mm³未満

※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		指示	受領

day1 2 3 4 5 6 7 8 9 ... 21

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	実施日			
			指示	受領	入力	実施
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺)生食250mlでルート確保 ○末梢患者 生食250mlでルート確保			●			
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 or ※アロカリス1V }	30分		●			
③ 終了後、①残液でフラッシュ	全開		(●)			
④ 生食500ml + パクリタキセル _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	180分 フィルター有	175mg/m ² 軽度 10-30%	●			
⑤ 生食1000ml + 硫酸Mg補正液1A + アスバラK注1A	120分 側管		●			
⑥ 生食50ml + ラシックス20mg 1A	5分 側管		●			
⑦ 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	50mg/m ² 高度 90%以上	●			
⑧ 生食1000ml + アスバラK注1A	120分 側管		●			
⑨ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml (ポート患者のみ)			(●)			
3週毎(1投2休)						

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。