【No.73】 CPT-P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(添付文書より抜粋)
・白血球数3000/mm³未満(イリノテカン)
・血小板数10万/mm³未満(イリノテカン)
・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満) (シスプラチン)

UGT1A1ホモもしくはダブルヘテロの場合
→少なくとも1段階の減量推奨(イリノテカン米国添付文書より)

※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	D1	8	15	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 / 催吐リスク
① ラクテック 500ml (120分)※D1 7:00開始 ② ST3 500ml (120分)	側管	
③ 生食250ml(ルート確保)		
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 or ※ｱﾛｶﾘｽ1V} ※終了後、③残液でフラッシュ。	30分	
⑤ 5%Glu250ml＋イリノテカン＿＿＿＿mg ※終了後、③の残液でフラッシュ 変更1:＿＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) 変更2:＿＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)	90分	60mg/㎡ 中等度 30−90%
⑥ (ケモ専用)生食500ml＋シスプラチン＿＿＿＿mg ※終了後、③の残液でフラッシュ 変更1:＿＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) 変更2:＿＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)	180分	60mg/㎡ 高度 90%以上
⑦ ST3 500ml ＋ プリンペラン2A (90分) ⑧ ラクテック 500ml (120分) ⑨ ST3 500ml ×2回(翌日まで) ⑩ ハルトマンpH8 500ml + プリンペラン2A (120分)	側管	

実施日	D0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	…	28
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																								

4週毎(CPT−11:3投1休、CDDP:1投3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。

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R5.2.27