【No.82】ドキシル療法

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）＿＿＿＿

休薬・中止基準（添付文書より抜粋、詳細は添付文書を参照）
- Grade2以上の手足症候群、口内炎
- 好中球1500/μL未満
- 血小板7.5万/μL未満
- 血清ビリルビン値1.2mg/dL以上
- 上記以外のGrade3以上の副作用

ドキソルビシンの総投与量（添付文書より抜粋）
- 500mg/m²以下（縦隔に放射線治療を受けた患者、心毒性のある薬剤を併用している患者の場合は400mg/m²以下）

その他
- ドキシルを90mg/body以上使用する場合は、5%Glu500mlを使用し、120minで投与すること。

※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	day1	体重	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク		day1	2	3	4	5	6	7	8	…	28
			実施日										
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ（穿刺）5%Glu250mlでルート確保 ○末梢患者 5%Glu250mlでルート確保			指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
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 } ※終了後、①残液でフラッシュ。	30分		指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
③ 5%Glu250ml ＋ ドキシル＿＿＿＿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:＿＿＿＿）	90分	40mg/m²	指示	●									
		軽度 10−30%	受領										
			入力										
			実施										
④ 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）			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（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R3.6.29