

【No.83】 VP-16 + 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 _____ 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)

- ・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満)(シスプラチン)
- ・重篤な骨髄抑制のある患者に禁忌(ペブシド)

※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。)

※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	2	3	指示	受領

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	7	8	9	...	21	
① ST3 500ml ② ラクテック 500ml	120分×2	側管	指示	●											
			受領												
			入力												
			実施												
③ ○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			指示	●	●	●									
			受領												
			入力												
			実施												
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 ホスアプレピタント1V or ※アロカリス1V } ※終了後、③残液でフラッシュ。	30分		指示	●											
			受領												
			入力												
			実施												
⑤ 生食100ml + { グラニセトロン1A or なし } + デキサート _____ mg	30分		指示		●	●									
			受領												
			入力												
			実施												
⑥ 5%Glu 250ml + ペブシド _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	60分	100mg/m ²	指示	●	●	●									
		軽度 10-30%	受領												
			入力												
			実施												
⑦ (ケモ専用)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	80mg/m ²	指示	●											
		高度 90%以上	受領												
			入力												
			実施												
⑧ ラクテック500ml + ラシックス _____ mg	120分	側管	指示	●											
			受領												
			入力												
			実施												
⑨ ラクテック500ml	120分	側管	指示		●	●									
			受領												
			入力												
			実施												
⑩ ST3 500ml	120分	側管	指示	●	●	●									
			受領												
			入力												
			実施												
⑪ 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												
3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。													