【No.92】 AMR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)＿＿＿

禁忌(添付文書より抜粋)
・重篤な骨髄抑制のある患者
・重篤な感染症を合併している患者
・臨床症状のある間質性肺炎又は肺線維症の患者
・心機能異常又はその既往歴のある患者
・他のアントラサイクリン系薬剤等心毒性を有する薬剤による前治療が限界量に達している患者

中止・延期基準(添付文書より参考値を抜粋)
・白血球数3000/μL未満
・血小板数10万/μL未満

減量基準(添付文書より参考値を抜粋)
・白血球数1000/μL未満が4日以上持続
・血小板数最低値が5万/μL未満
上記いずれかの場合、5mg/m²減量

※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	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 ○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											
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＿＿A ※終了後、①残液でフラッシュ。	30分		指示	●	●	●								
			受領											
			入力											
			実施											
③ 生食50ml ＋ カルセド＿＿＿＿mg 変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) 変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) ※終了後、①残液でフラッシュ。	全開	45mg/m² 中等度 30～90%	指示	●	●	●								
			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											
			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。

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