【No.93】 KAD療法

病名＿＿＿＿＿＿ ID＿＿＿＿－ 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿（　才）（男・女） ※化学療法承諾書要作成

体重＿＿＿kg 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）
・LVEF40−45%で、ベースラインからの絶対値の変化が10%以上
・LVEF40%未満
・症候性うっ血性心不全
・AST,ALT増加：Grade3以上
・高ビリルビン血症：Grade2以上
・血小板数5万/mm³未満
・末梢神経障害：Grade3以上
・間質性肺疾患又は肺臓炎

【減量基準】
1段階減量：3.0mg/kg、2段階減量：2.4mg/kg

【点滴時間】
初回90分、2回目以降30分まで短縮可能

【カドサイラ溶解方法】
注射用水を使用し、以下の量で溶解・抜き取り。
160mg：8ml、100mg:5ml

※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	点滴時間	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	…	21
			実施日										
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250ml + カドサイラ＿＿＿mg + 注射用水20ml 変更1：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿） 変更2：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿） ※終了後①の残液でフラッシュ	30−90分 フィルター有	3.6mg/kg 軽度 10−30%	指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
③ 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										

1投2休（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R4.11.4