

【No.101】VIP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)
- ・腎又は膀胱に重篤な障害のある患者に禁忌(イホマイド)

※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。
 ※逸脱例に使用する場合は、患者の同意がある旨2号紙に記載すること。
 (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	4	5	指示	受領
1								
2								
3								
4								

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	...	21
				指示	受領	入力	実施	指示	受領	入力	実施	指示
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	●								
② ST3 500ml 2回 (0:00-4:30,4:30-9:00)	270分×2		指示	●	●	●	●	●				
③ 生食100ml + グラニセトロン1A + デキササート _____ mg 1回 (9:00-9:30)	30分		指示	●	●	●	●	●	●	●		
④ 生食500ml + ベブシド _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____) 1回 (9:30-10:30)	60分	75mg/m ² /day	指示	●	●	●	●	●				
⑤ 生食500ml + シスプラチン _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____) 1回 (10:30-12:30)	120分	20mg/m ² /day	指示	●	●	●	●	●				
⑥ 生食500ml + メイロン20ml 1A 1回 (12:30-14:00)	90分		指示	●	●	●	●	●				
⑦ 生食100ml + イホマイド _____ g 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____) 1回 (14:00-14:30) 直前に⑩を行う	30分	1.2g/m ² /day	指示	●	●	●	●	●				
⑧ ST3 500ml + ラシックス20mg 1A 1回 (14:30-18:00)	210分		指示	●	●	●	●	●				
⑨ ST3 500ml 2回 (18:00-21:00,21:00-24:00)	180分×2		指示	●	●	●	●	●				
⑩ ウロミテキサン _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____) 3回 (14:00)(18:00)(22:00)	静注	IFMの20%量	指示	●	●	●	●	●				
⑪ ST3 500ml 2回 (0:00-12:00,12:00-0:00)	720分×2		指示						●	●		
内服 アブレピタントカプセル125mg 1C 1× 8時 1日分(day1) アブレピタントカプセル80mg 1C 1× 8時 4日分(day2-5)			指示	●	●	●	●	●				
3週毎 4クール												

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。