

【No.108】CBZ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) _____

減量・休薬・中止基準(添付文書より抜粋)
 ・Grade3以上の好中球減少症(1週間以上)
 ・FN又は好中球減少性感染
 →好中球が1500/mm³を超えるまで休薬し、20mg/m²に減量
 ・Grade3以上の下痢、又は水分・電解質補給等の適切な治療にも関わらず持続する下痢→症状が回復又は改善するまで休薬し、その後20mg/m²に減量
 ・Grade3以上の末梢性ニューロパチー→中止
 ・Grade2の末梢性ニューロパチー→20mg/m²に減量
特定背景を有する患者に関する注意(添付文書より抜粋)
 以下のFNリスク因子を有する患者の場合、G-CSF製剤の一次予防を考慮すること。
 ・65歳以上 ・PS不良 ・FN既往歴 ・広範囲放射線照射等の強い前治療歴
 ・腫瘍の骨髄浸潤等 右下の欄に続く

コース	体重	D1		指示	受領	コース	体重	D1		指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式	実施日	D1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21																				
				催吐リスク																				
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺) 生食250mlでルート確保後、ロック ○末梢患者 生食250mlでルート確保後、ロック			指示 ●																					
② 生食100ml+[グラニセトロン1A or パロノセトロン1V] +デキササート _____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] ※ホスアプレピタント使用の場合、①残液でフラッシュ。	30分		指示 ●																					
③ 生食250ml+ジェブタナ _____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: _____)	60分	25mg/m ²	指示 ●																					
④ 生食20ml シリンジロック or ヘパリンシリンジロック (ポート患者のみ)			指示 (●)																					
内服: プレドニゾン錠5mg 1回1錠 1日2回朝食後 21日分	連日内服		指示 ○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			

左上の欄より続き
【禁忌】(添付文書より抜粋)
 ・重篤な骨髄抑制
 ・感染症の合併
 ・発熱を有し、感染症の疑い
 ・肝機能障害
 →国内第1相試験では、AST,ALT,総ビリルビンが施設基準上限の1.5倍を超えた場合、回復するまで延期し、再開時は減量を行っています。
 ※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。)

3週毎(CBZ: 1投2休、PSL: 連日) 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。