【No.110】 CPT-11/NDP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)＿＿＿＿

中止・延期基準(添付文書より抜粋)
- 白血球数3000/mm³未満(イリノテカン)
- 血小板数10万/mm³未満(イリノテカン)
- 強い骨髄抑制作用を有する薬剤であり、頻回に臨床検査を行うなど慎重に投与すること。(アクプラ)

UGT1A1ホモもしくはダブルヘテロの場合
→少なくとも1段階の減量推奨(イリノテカン米国添付文書より)

※逸脱例に使用する場合、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	D1	15	指示	受領

コース	体重	D1	15	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 / 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		
② {グラニセトロン1A or アロキシ1V}＋生食100ml ＋デキサート ＿＿mg＋ポララミン ＿A ＋{ファモチジン 1A or プロイメンド1V} ※プロイメンド使用の場合、①残液でフラッシュ。	30分	
③ 5%Glu 500ml ＋ イリノテカン＿＿＿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:＿＿＿)	90分	100−150mg/㎡ 中等度 30−90%
④ 生食500ml＋アクプラ＿＿＿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:＿＿＿)	90分	100mg/㎡ 中等度 30−90%
⑤ KN1号 500ml ×2回	120分×2	
⑥ 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)		

4週毎(CPT-11:1投1休、NDP:1投3休)

実施日	D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
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																												
指示	●																											
受領																												
入力																												
実施																												
指示	(●)														(●)													
受領																												
入力																												
実施																												

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、原則として投与2日前（休日を挟む場合は休前日）までに提出すること。

改定日R3.6.29