【No.111】 RAM＋weekly PTX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)＿＿＿

中止又は延期基準

サイラムザ(添付文書より抜粋)
・高血圧Grade2以上
・尿蛋白2g/日以上

パクリタキセル(臨床試験より抜粋)
・好中球1500/mm³未満(day1)、1000/mm³未満(day8,15)、
・血小板10万/mm³未満(day1)、7.5万/mm³未満(day8,15)
・grade2以上の副作用

※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	D1	8	15	指示	受領

コース	体重	D1	8	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 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 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 生食250ml＋サイラムザ＿＿＿mg ※初回60分、2回目以降30分で投与 変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) 変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)	30-60分 フィルター有	8mg/kg 最小<10%
④ 終了後、①の残液でフラッシュ		
⑤ 生食250ml＋パクリタキセル ＿＿＿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 フィルター有	80mg/㎡ 軽度 10-30%
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)		

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																												

RAM:1投1休、PTX:3投1休(4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