

【No.117】 GEM/CDDP療法(2)

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) _____

中止又は延期基準(添付文書より抜粋)
 ・白血球数2000/ μ L未満(ゲムシタビン)
 ・血小板数7万/ μ L未満(ゲムシタビン)
 ・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満、シスプラチン)
※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。
※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	2	8	15	指示	受領

D1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 21 21

指示内容	点滴時間	計算式	実施日																								
				催吐リスク	D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	21	21		
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	ルート1			指示	●	●						●					●										
				受領																							
				入力																							
				実施																							
② 生食100ml + デキサート 6.6mg(30分) ③ (OP室用)生食100ml+ゲムシタビン _____mg(30分) ※終了後①の残液でフラッシュ 変更1: _____mg(変更日: _____)	ルート1	1000mg/m ²		指示	●							●				●											
				受領																							
				入力																							
				実施																							
④ ラクテック500ml + アスパラK 1A + 硫酸Mg 0.5A(60分) ⑤ ラクテック500ml × 2回(60分 × 2回) ⑥ 生食100ml + ハロセット(0.75) 1V + デキサート6.6mg(30分) ⑦ 20%マンニトール注射液300ml 0.5V(15分)	ルート2 (⑥のみ)			指示		●																					
				受領																							
				入力																							
				実施																							
⑧ (ケモ専用)生食500ml+シスプラチン _____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: _____)	ルート1	120分	70mg/m ²	指示		●																					
				受領																							
				入力																							
				実施																							
⑨ ラクテック500ml + アスパラK 1A (60分) ⑩ ST3 500ml × 3回(120分 × 3回)	ルート2			指示		●																					
				受領																							
				入力																							
				実施																							
⑪ 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	(●)	(●)					(●)					(●)											
				受領																							
				入力																							
				実施																							
内服 アプレピタントCap(125)1日分(D2) 抗がん剤投与90分前 アプレピタントCap(80)2日分(D3,4) 午前中に内服				指示		●	●	●																			
				受領																							
				入力																							
				実施																							

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R3.6.29