

【No.120】ボルテゾミブ療法

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(+) \rightarrow HBV DNA() HBs抗原(-) \rightarrow HBc抗体() HBs抗体() 確認医(科長) _____

警告(添付文書より抜粋)
 ・治療初期は入院環境で医師の管理下にて適切な処置を行うこと。
 ・因果関係の否定できない肺障害による死亡例が認められているため、治療を開始するにあたり、胸部X線検査、胸部CT検査等を実施し、治療開始の可否を慎重に判断すること。
 ・治療開始後早期は、息切れ、呼吸困難、咳、発熱等の自覚症状や、胸部聴診所見、呼吸数等での異常の有無を慎重に観察すること。

休薬の目安(添付文書より抜粋)
 ・Grade3以上の副作用の場合

減量の目安(添付文書より抜粋)
 ・1.0mg/m² \rightarrow 0.7mg/m² \rightarrow 中止

ボルテゾミブの生食量
 ・2.5mg/mlの溶液とし、必要量を抜き取る。例えば、1.5mg使用したい場合、生食の指示量は0.6mlとなる。

皮下注投与は同一部位を避けること。(臨床試験では、腹部、大腿部に場所を替えながら投与)

※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	週1回	day1	day8	day15	day22	指示	受領
		週2回	day1	day4	day8	day11		
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						
		週__回						

週1回(5週毎)	day1	day8	day15	day22	day29
週2回(3週毎)	day1	day4	day8	day11	day12-21

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	実施日						
				最小 10%未満					
【皮下注】 生食 _____ ml + ボルテゾミブ _____ mg 変更1: 生食 _____ ml + _____ mg(変更日: _____) 変更2: 生食 _____ ml + _____ mg(変更日: _____)		1.3mg/m ²	指示	●	●	●	●		
				●	●	●	●		
				●	●	●	●		
				●	●	●	●		
【内服】 カイトリル2mg 1T 1日1回(化学療法開始前)			指示	●	●	●	●		
				●	●	●	●		
				●	●	●	●		
				●	●	●	●		
【内服】 デカドロン4mg 5T 1日1回			指示	●	●	●	●		
				●	●	●	●		
				●	●	●	●		
				●	●	●	●		
※週1回投与の場合: day1,8,15,22投与 day29休薬(5週毎) ※週2回投与の場合: day1,4,8,11投与 day12-21休薬(3週毎)			指示						

週1回(5週毎) or 週2回(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。