【No.121】 DTX/GEM/CBDCA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（元文献より抜粋）

・好中球 1000/mm³未満　・ヘモグロビン 8g/dL未満
・血小板 10万/mm³未満　・GOT/GPT 正常上限×2倍以上
・総ビリルビン 2mg/dL以上　・クレアチニン 2.0mg/dL以上

減量基準（元文献より抜粋）

・PS2以上、あるいはクレアチニン2.0mg/dLを超える場合
→AUC=3へ減量

※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	指示	受領

コース	体重	D1	8	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 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	
③ 5%Glu250ml + ドセタキセル＿＿＿＿mg 変更1:＿＿＿＿mg（変更日:＿＿＿＿） 変更2:＿＿＿＿mg（変更日:＿＿＿＿）	60分	70mg/㎡ 軽度 10-30%
④ (OP室用)生食100ml + ゲムシタビン＿＿＿＿mg 変更1:＿＿＿＿mg（変更日:＿＿＿＿） 変更2:＿＿＿＿mg（変更日:＿＿＿＿）	30分	800mg/㎡ 軽度 10-30%
⑤ 5%Glu250ml + カルボプラチン＿＿＿＿mg 変更1:＿＿＿＿mg（変更日:＿＿＿＿） 変更2:＿＿＿＿mg（変更日:＿＿＿＿） ※終了後①の残液でフラッシュ	60分	AUC=4 中等度 30-90%
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）		

3週毎（2投1休、d8はGEM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
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、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