

【No.131】 Bmab + weekly PTX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) _____

※卵巢癌以外に使用する場合アバステンで入力すること。
・大手術後28日間経過していない患者に投与した経験はない。術創の状態を確認し、投与の可否を検討すること。(アバステン添付文書より抜粋)
中止又は延期基準(アバステン適正使用ガイドより抜粋)
・Grade3以上の高血圧 ・Grade2以上の尿蛋白
day1(パクリタキセル添付文書より抜粋)
・白血球数3000/mm³未満・好中球数1500/mm³未満
day8,15(パクリタキセル添付文書より抜粋)
・白血球数2000/mm³未満・好中球数1000/mm³未満
※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

D1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

指示内容	点滴時間	計算式	実施日																						
		催吐リスク		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	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			指示 ● 受領 ● 入力 ● 実施 ●																						
② 生食100ml+{グラニセトン1A or パロノセトン1V} +デキササート ____mg+ポララミン ____A +{ファモチジン 1A or ホスアプレビタクト1V} ※ホスアプレビタクト使用の場合、①残液でフラッシュ。	30分		指示 ● 受領 ● 入力 ● 実施 ●																						
③ (OP室用)生食100ml+※ベバシズマブ ____mg ※終了後、①の残液でフラッシュ ※初回90分、2回目60分、3回目以降30分で投与 変更1: ____mg(変更日: ____)	30-90分	15mg/kg	指示 ● 受領 ● 入力 ● 実施 ●																						
④ 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	80mg/m ²	指示 ● 受領 ● 入力 ● 実施 ●																						
⑤ 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 ●																						

毎週投与(3週毎、Bmabはday1のみ) 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。