

【No.140】 CDDP/EPI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(+)→HBV DNA()、HBs抗原(-)→HBc抗体() HBs抗体() 確認医(科長) _____

中止・延期基準(添付文書より抜粋)
 ・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満)(シスプラチン)
 ・心機能異常又はその既往歴のある患者(エピルビシン)
 ・他のアントラサイクリン系薬剤等心毒性を有する薬剤による前治療が限界量に達している患者。(エピルビシン)
 (ドキシソルピシン総投与量:体表面積当り500mg/m²)
 (ダウノルビシン総投与量:体重当り25mg/kg)

※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。)
 ※アロカリス:原則として、入院患者への使用はホスアプレピタントを使用できない症例に限定すること。

コース	体重	day1	体重	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	実施日	day1	2	3	4	5	6	7	8	...	21	(28)	
① ラクテック 500ml ② ST3 500ml	120分×2		指示	●											
	側管		受領												
			入力												
			実施												
③ ○ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺)生食250mlでルート確保 ○末梢患者 生食250mlでルート確保			指示	●											
			受領												
			入力												
			実施												
④ 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 or *アロカリス1V }	30分		指示	●											
			受領												
			入力												
			実施												
⑤ 終了後、③残液でフラッシュ	全開		指示	(●)											
			受領												
			入力												
			実施												
⑥ 生食500ml + シスプラチン _____ mg ※終了後③の残液でフラッシュ。 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	120分	50mg/m ²	指示	●											
		高度 90%以上	受領												
			入力												
			実施												
⑦ 生食50ml + エピルビシン _____ mg ※終了後③の残液でフラッシュ。 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	全開	50mg/m ²	指示	●											
		中等度 30-90%	受領												
			入力												
			実施												
⑧ ST3 500ml + プリンペラン 2A	90分		指示	●											
	側管		受領												
			入力												
			実施												
⑨ ST3 500ml 3B	90分×3		指示	●											
	側管		受領												
			入力												
			実施												
⑩ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml (ポート患者のみ)			指示	(●)											
			受領												
			入力												
			実施												
3~4週毎(1投2休 or 3休)			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。