# 【No.146】 イリノテカン/ドキシル療法

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)＿＿＿

**【警告】(ドキシル)**
・ドキソルビシン塩酸塩の総投与量が500mg/m²を超えると、心筋障害によるうっ血性心不全が生じる可能性がある。

**中止・延期基準(元文献より抜粋)**
・白血球数3000/mm³未満 ・好中球数1500/mm³未満
・血小板数10万/mm³未満 ・ヘモグロビン9.0g/dL未満
・AST/ALT 100IU/L以上 ・ALP 750IU/L以上
・総ビリルビン 1.5mg/dL以上 ・血清クレアチニン 1.5mg/dL以上
・心機能異常
**UGT1A1ホモもしくはダブルヘテロの場合**
**→少なくとも1段階の減量推奨(イリノテカン米国添付文書より)**

**※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 | 3 | 15 | 受領 | 受領 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| コース | 体重 | D1 | 3 | 15 | 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)<br>5%Glu250mlでルート確保後、ロック<br>○末梢患者 5%Glu250mlでルート確保後、ロック | | |
| ② 生食100ml + グラニセトロン1A<br>+ デキサート 9.9mg<br>※終了後①の残液でフラッシュ | 30分 | |
| ③ 5%Glu 250ml + イリノテカン＿＿＿mg<br>※終了後①の残液でフラッシュ<br>変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿)<br>変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿) | 90分 | 80mg/㎡<br>中等度 30-90% |
| ④ 5%Glu 250ml + ドキシル＿＿＿mg<br>※終了後①の残液でフラッシュ<br>変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿) | 90分<br>フィルター不可 | 30mg/㎡<br>軽度 10-30% |
| ⑤ 生食20ml シリンジロック or ヘパリンシリンジロック<br>(ポート患者のみ) | | |

| | D1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 実施日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**イリノテカンday1,15 ドキシルday3 (4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