

【No.151】 エトポシド単独療法

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) _____

【禁忌】(添付文書より抜粋)
 ・重篤な骨髄抑制のある患者

体重	コース	D1	2	3	4	5	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式	実施日	D1	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 + グラニセトロン1A + デキサート6.6mg 1V + デキサート3.3mg 1A	30分		指示	●	●	●	●	●																				
			受領																									
			入力																									
			実施																									
③ 5%Glu 250ml + ペプシド _____ mg ※終了後、①残液でフラッシュ	60分	100mg/m ²	指示	●	●	●	●	●																				
			受領																									
			入力																									
			実施																									
④ ST3 500ml + プリンペラン2A	120分	側管	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																									

5日間連続投与 14~21日休薬

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、原則として投与2日前(休日を挟む場合は休前日)までに提出すること。

改定日R3.6.29