【No.182】ドキソルビシン単剤療法

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）＿＿＿

【総投与量】

・ドキソルビシン500mg/m²以下

※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		指示	受領

指示内容	点滴時間 計算値	計算式 催吐リスク	実施日	day1	2	3	4	5	6	7	8	9	…	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 ○末梢患者 生食250mlでルート確保			指示	●										
			受領											
			入力											
			実施											
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 ＋｛ ﾌｧﾓﾁｼﾞﾝ1A or ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ1V or ※ｱﾛｶﾘｽ1V ｝	30分		指示	●										
			受領											
			入力											
			実施											
③ 生食100ml ＋ ドキソルビシン＿＿＿＿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	全開 ＿＿＿mg	75mg/m² 高度 90%以上	指示	●										
			受領											
			入力											
			実施											
④ 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											
			指示											
			受領											
			入力											
			実施											
			指示											
			受領											
			入力											
			実施											
			指示											
			受領											
			入力											
			実施											
内服 day2-4 デカドロン(4) 2T 3日分 （朝1錠、昼1錠）			指示		●	●	●							
			受領											
			入力											
			実施											

1投2休（3週毎）

太枠内は原本に記入せず、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。　新規R6.3.25