

# 【No.3】DEC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 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> 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) \_\_\_\_\_

**休薬・中止基準**(ドセタキセル添付文書より抜粋)  
 ・好中球2000/mm<sup>3</sup>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	day1	体重	指示	受領

day1 2 3 4 5 6 7 ... 28 (42)

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	...	28	(42)																														
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 + { ファモチジン1A or ホスアプレピタント1V }	30分		指示	●																																						
			受領																																							
			入力																																							
			実施																																							
③ ②でホスアプレピタントを使用する場合、 ①残液でフラッシュ	全開		指示	(●)																																						
			受領																																							
			入力																																							
			実施																																							
④ 生食250ml + ドセタキセル _____ 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	60mg/m <sup>2</sup>	指示	●																																						
			受領																																							
			入力																																							
			実施																																							
⑤ 生食250ml + カルボプラチン _____ 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: _____)	120分	AUC=( )	指示	●																																						
			受領																																							
			入力																																							
			実施																																							
⑥ 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																																							
内服 エストラムスチン140mg 2C 1日2回 28 or 42日分	毎日内服		指示	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●				
			受領																																							
			入力																																							
			実施																																							
<b>28 or 42日間で1コース</b>		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。																																								