【No.4】 ZLD療法

病名＿＿＿＿＿＿　ID＿＿＿＿－＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿（　才）（男・女）　※化学療法承諾書作成

＿＿＿＿＿＿科　主治医＿＿＿＿＿＿　治療ライン　次治療　服薬指導　依頼する・不要

確認医（科長）＿＿＿

クレアチニンクリアランスによるゾレドロン酸投与基準
（添付文書より抜粋）

60＞　4.0mg
50−60　3.5mg
40−49　3.3mg
30−39　3.0mg
※血清クレアチニン値3.0mg/dL以上は慎重投与

※逸脱例に使用する場合は、患者の同意がある旨2号紙に記載すること。（記載確認後ミキシング開始となります。）

※高カルシウム血症に使用する場合、減量投与やレジメンの提出は不要。ネオシールドは使用しない。

コース	day1	／	／	／	指示	受領
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク		day1	2	3	4	5	6	7	…	21	(28)
			実施日										
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ（穿刺）生食50mlでルート確保 ○末梢患者 生食50mlでルート確保			指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
② ゾレドロン酸点滴静注液　○4.0mg ＋ 生食100ml ○3.5mg ＋ 生食100ml ○3.3mg ＋ 生食100ml ○3.0mg ＋ 生食100ml	15分		指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
③ 生食50ml	全開		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										

1投2休or 3休（21 or 28日毎）

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、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