【No.5】 EC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)＿＿＿

休薬・中止基準(KEYNOTE-522試験より抜粋)

・Grade3以上の好中球減少、悪心・嘔吐、粘膜炎又は口内炎、神経毒性、心毒性
・Grade2以上の肝機能障害、その他の有害事象(疲労、脱毛症、白血球減少症を除く)
・Grade1以上の血小板減少
・重度のアナフィラキシー又は過敏症

総投与量

・エピルビシン900mg/m²以下

※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。

※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

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	8	…	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	高度 90%以上 (ﾚｼﾞﾒﾝとして)	指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
③ ①残液でフラッシュ	全開		指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
④ 生食50ml + エピルビシン＿＿＿＿mg 変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿) 変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿)	全開	90mg/㎡	指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
⑤ 5%Glu250ml + エンドキサン＿＿＿＿mg 変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿) 変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿)	30分	600mg/㎡	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										

1投2休(3週毎)　＿＿コース

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R5.2.27