

【No.16】 CHOP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) _____

【投与中止・延期基準】

・白血球数1500/ μ L未満
 ・血小板数10万/ μ L未満
 (Coiffier B, et al : N Engl J Med 346 : 235-242,2002)

【減量基準】

・Grade3以上の血小板減少:CPA,DXRを50%に減量
 ・FN,もしくはGrade4の好中球減少:CPA,DXRを50%に減量
 (Coiffier B, et al : N Engl J Med 346 : 235-242,2002)

【総投与量】

・アドリアシン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。)

コース	体重	day1		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	9	10	...		
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 }	30分		指示	●												
			受領													
			入力													
			実施													
③ 生食100ml + アドリアシン _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____)	30分	50mg/m ²	指示	●												
			受領													
			入力													
			実施													
④ 生食500ml + エンドキサン _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____)	120分	750mg/m ²	指示	●												
			受領													
			入力													
			実施													
⑤ 生食100ml + オンコビン _____mg(上限2mg) 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	1.4mg/m ²	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 day1-5 プレドニゾン(5) 20T 5日分 (朝8錠、昼7錠、夕5錠)			指示	●	●	●	●	●								
			受領													
			入力													
			実施													
1投__休(__週毎)	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。															