

【No.17】 S-1/GEM療法

病名 _____ ID _____ - _____
 身長 _____ cm 体重 _____ kg
 _____ 科 主治医 _____

氏名 _____ (才)(男・女)
 体表面積 _____ m² PS _____
 治療ライン _____ 次治療 服薬指導 依頼する・不要

※化学療法承諾書要作成

0・1・2・3・4

HBs抗原(+)→HBV DNA(), HBs抗原(-)→Hbc抗体() HBs抗体()

確認医(科長) _____

中止又は延期基準

S1(エスワン)適正使用の目安より抜粋)

・白血球2000未満 ・好中球1000未満 ・血小板7.5万未満 ・Ccr30未満
 ゲムシタピン(添付文書より抜粋)

・白血球数2000/μL未満 ・血小板数7万/μL未満

エスワン減量基準(エスワン)適正使用の目安より抜粋)

・Ccr60-80 必要に応じて1段階減量

・Ccr30-60 原則として1段階以上の減量

エスワン投与量(1回量)

・体表面積 1.25m²未満 = 40mg, 1.25-1.5m²= 50mg, 1.5m²以上 = 60mg

※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	D1	15	指示	受領	コース	体重	D1	15	指示	受領

D1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	実施日																															
				D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺) 生食250mlでルート確保後、ロック ○末梢患者 生食250mlでルート確保後、ロック			指示	●																														
			受領																															
			入力																															
			実施																															
② 生食100ml + {グラニセトン1A or パロノセトン1V} +デキササート _____mg+ポララミン _____A + {ファモチジン 1A or ホスアプレピタクト1V} ※ホスアプレピタクト使用の場合、①残液でフラッシュ。	30分		指示	●																														
			受領																															
			入力																															
			実施																															
③ 生食100ml+ゲムシタピン _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____)	30分	1000mg/m ² 軽度 10-30%	指示	●																														
			受領																															
			入力																															
			実施																															
④ ①の残液でフラッシュ			指示	●																														
			受領																															
			入力																															
			実施																															
⑤ 生食20ml シリンジロック or ヘパリンシリンジロック (ポート患者のみ)			指示	(●)																														
			受領																															
			入力																															
			実施																															
内服:エスワン 1回 _____mg 1日2回朝夕食後 14日分 (初日は夕食後より開始) 変更1:1回 _____mg(変更日: _____) 変更2:1回 _____mg(変更日: _____)	d1夕-d15朝	上記 軽度 10-30%	指示	夕	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	朝																	
			受領																															
			入力																															
			実施																															

4週毎(GEM: 1投1休、S1: 2投2休)

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。

改定日R3.6.29