

【No.22】 bi-weekly GEM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) _____

休薬・中止基準(ゲムシタピン添付文書より抜粋)
 ・白血球数2000/ μ L未満
 ・血小板数7万/ μ L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 8 ... 14

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	...	14							
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 ホスアプレピタット1V }	30分		指示	●																
			受領																	
			入力																	
			実施																	
③ ②でホスアプレピタットを使用する場合、①残液でフラッシュ	全開		指示	(●)																
			受領																	
			入力																	
			実施																	
④ 生食100ml + ゲムシタピン _____ 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: _____)	30分	1000mg/m ² 軽度 10~30%	指示	●																
			受領																	
			入力																	
			実施																	
⑤ 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																	
			指示																	
			受領																	
			入力																	
			実施																	
1投1休(2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。																			