

【No.25】 weekly Cmab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(+) \rightarrow HBV DNA() , HBs抗原(-) \rightarrow HBc抗体() HBs抗体() _____ 確認医(科長) _____

Infusion reactionが発現する可能性があるため、特に初回はエピネフリン、ステロイド、抗ヒスタミン剤、気管支拡張薬の投与、酸素吸入等、緊急時に対応できる薬剤・機器を準備した管理下で投与を行うこと。(アービタックス適正使用ガイドより抜粋)

電解質異常が起こることがあるため、定期的にCa,Mgの測定を実施すること。

休薬・中止基準(アービタックス添付文書より抜粋)

- ・Grade3以上のInfusion reaction
- ・Grade3以上の皮膚症状

減量・中止を検討(アービタックス適正使用ガイドより抜粋)

- ・Grade3以上の低マグネシウム血症
- ・QTcの著明な延長を認めるとき

※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。)

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							
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	●												
② 生食100ml + デキサート _____ mg + ポララミン1A	30分		指示	●												
③初回のみ 生食500ml + アービタックス _____ mg ※終了後、①の残液で滴下 100ml/hr(60分) ※コース1,day1のみ入力してください。	120分	400mg/m ²	指示	(●)												
③2回目以降 生食250ml + アービタックス _____ 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: _____)	60分	250mg/m ²	指示	(●)												
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	(●)												
			指示													
			受領													
			入力													
			実施													
毎週投与	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。															