【No.36】 Pmab療法

病名＿＿＿＿＿＿ ID＿＿＿＿－ 氏名＿＿＿＿＿＿（　才）（男・女） ※化学療法承諾書要作成

体重＿＿＿kg 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)＿＿＿

Infusion reactionが発現する可能性があるため、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。(ベクティビ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。(ベクティビックス適正使用ガイドより抜粋)

休薬・中止基準(ベクティビックス添付文書より抜粋)
・Grade3以上のInfusion reaction
・Grade3以上の皮膚障害

減量・中止を検討(ベクティビ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たとき

※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		day1	2	3	4	5	6	7	8	…	14
			実施日										
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 ＋ ベクティビックス＿＿＿＿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 フィルター有	6mg/kg 最小 10%未満	指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
③ 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										
			指示										
			受領										
			入力										
			実施										

2週毎(1投1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、原則として投与2日前(休日を挟む場合は休前日)までに提出すること。 改定日R3.6.29