

【No.44】 S1 + CDDP療法(2)

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(-)→HBe抗体()、HBs抗体()

確認医(科長) _____

中止・延期基準(エスワン適正使用の目安より抜粋)

・白血球2000/mm³未満 ・好中球1000/mm³未満
・血小板7.5万/mm³未満 ・Ccr30未満

中止・延期基準(シスプラチン添付文書より抜粋)

・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満)

エスワン減量基準(エスワンタイプホウ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	8	指示	受領

コース	体重	D1	8	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 ... 28 29 30 ... 35

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	...	28	29	30	...	35										
① Oポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺) ② ST1 500ml × 2回(本ルート)	120分 × 2		指示																																		
	本ルート		受領																																							
			入力																																							
			実施																																							
③ 生食250ml(側管プライミング用)			指示																																							
	側管		受領																																							
			入力																																							
			実施																																							
④ 生食100ml + {グラニセトロン1A or パロノセトロン1V} + デキササート _____ mg + ポララミン _____ A + {ファモチジン 1A or ホスアプレピタト1V} ※ホスアプレピタト使用の場合、③残液でフラッシュ。	30分		指示																																							
	側管		受領																																							
			入力																																							
			実施																																							
⑤ (ケモ専用)生食500ml + シスプラチン _____ mg 変更1: _____ mg (変更日: _____) 変更2: _____ mg (変更日: _____)	150分	60mg/m ²	指示																																							
	側管	高度 90%以上	受領																																							
			入力																																							
			実施																																							
⑥ ラクテック 500ml + ラシックス20mg ⑦ 生食20ml シリンジロック or ヘパリンシリンジロック	120分		指示																																							
	本ルート		受領																																							
			入力																																							
			実施																																							
内服:エスワン 1回 _____ mg 1日分 _____ mg (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タ-d22朝	上記	指示	夕	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	朝				
			受領																																							
			入力																																							
			実施																																							

5週毎(CDDP: day8, S1: 3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