

【No.45】 5-FU + CDDP療法(1)(食道癌)

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) _____

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)

※ミキシングは平日のみとなりますので、日程の調整をお願いします。

※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 | day1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 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 | ... | 28 | |
|--|-----------------------------|--------------------------------------|-----|------|---|---|---|---|---|-----|----|--|
| | | | | | | | | | | | | |
| ① Oポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺) | | | 指示 | ● | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | |
| ② 生食250mlでルート確保 ※ルート3確保時も使用 | ルート1 | | 指示 | ● | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | |
| ③ 生食500ml + フルオロウラシル _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____) | 24時間 ルート1 | 800mg/m ² 軽度 10~30% | 指示 | ● | ● | ● | ● | ● | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | |
| ④ 生食50ml(全開) ⑤ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml | | | 指示 | | | | | | ● | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | |
| ⑥ ST1 500ml × 2回 | 120分 × 2 ルート2 | | 指示 | ● | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | |
| ⑦ 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 ホスアプレピタント1V } | 30分 ルート3 | | 指示 | ● | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | |
| ⑧ ⑦でホスアプレピタントを使用する場合、②の残液でフラッシュ | 全開 ルート3 | | 指示 | (●) | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | |
| ⑨ (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: _____) | 120分 ルート3 | 80mg/m ² 高度 90%以上 | 指示 | ● | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | |
| ⑩ ST1 500ml + ラシックス1A | 120分 ルート2 | | 指示 | ● | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | |
| | | | 指示 | | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | |
| 4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。 | | | | | | | | | | | |