

【No.58】 GC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(-)→HBe抗体() HBs抗体() 確認医(科長) _____

中止又は延期基準

(ゲムシタビ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

※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	D1	2	8	15	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

指示内容	点滴時間	計算式	実施日																								
				催吐リスク		D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺) 生食250mlでルート確保後、ロック ○末梢患者 生食250mlでルート確保後、ロック			指示	●	●						●							●									
			受領																								
			入力																								
			実施																								
② 生食100ml+ { グラニセトロン1A or なし } +デキササート _____mg+ポララミン __A	30分		指示	●							●							●									
			受領																								
			入力																								
			実施																								
③ 生食100ml+ゲムシタビン _____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	800mg/m ²	指示	●							●							●									
			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、①残液でフラッシュ。	30分		指示		●																						
			受領																								
			入力																								
			実施																								
⑤ 生食500ml+カルボプラチン _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____)	120分	AUC=4	指示		●																						
			受領																								
			入力																								
			実施																								
⑥ 生食20ml シリンジロック or ヘパリンシリンジロック (ポート患者のみ)			指示	(●)	(●)						(●)							(●)									
			受領																								
			入力																								
			実施																								

3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。

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