【No.69】 TP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　　㎡　　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(添付文書より抜粋)

・白血球数4000/mm³未満(パクリタキセル)

・好中球数2000/mm³未満(パクリタキセル)

・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満)
(シスプラチン)

減量基準

(パクリタキセル添付文書より抜粋)

・白血球数1000/mm³未満

※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		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	8	9	…	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 ○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 + { 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 ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ1V }	30分		指示	●										
			受領											
			入力											
			実施											
③ ②でﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄを使用する場合、①残液でフラッシュ	全開		指示	(●)										
			受領											
			入力											
			実施											
④ 生食500ml + パクリタキセル＿＿＿＿mg 変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿) 変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿)	180分 ﾌｨﾙﾀｰ有	175mg/㎡ 軽度 10-30%	指示	●										
			受領											
			入力											
			実施											
⑤ 生食1000ml ＋ 硫酸Mg補正液1A ＋ アスパラK注1A	120分 側管		指示	●										
			受領											
			入力											
			実施											
⑥ 生食50ml ＋ ラシックス20mg 1A	5分 側管		指示	●										
			受領											
			入力											
			実施											
⑦ 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	50mg/㎡ 高度 90%以上	指示	●										
			受領											
			入力											
			実施											
⑧ 生食1000ml ＋ アスパラK注1A	120分 側管		指示	●										
			受領											
			入力											
			実施											
⑨ 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											

3週毎(1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