【No.70】 DC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

（ドセタキセル添付文書より抜粋）

・好中球数2000/mm^{3}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	…	28
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 ホスアプレピタント1V }	30分		指示	●										
			受領											
			入力											
			実施											
③ ②でホスアプレピ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250ml + ドセタキセル＿＿＿＿mg 変更1:＿＿＿mg（変更日:＿＿＿） 変更2:＿＿＿mg（変更日:＿＿＿）	60分	70mg/㎡ 軽度 10−30%	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:＿＿＿）	180分	AUC=5 中等度 30〜90%	指示	●										
			受領											
			入力											
			実施											
⑥ ST3 500ml ＋ プリンペラン2A	150分		指示	●										
	側管		受領											
			入力											
			実施											
⑦ 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											

4週毎（1投3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