

【No.71】 DP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(-)→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)
 ・好中球数2000/mm³未満(ドセタキセル)
 ・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満)
 (シスプラチン)

※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	day0	day1	day2	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	実施日	day0	day1	day2	...	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 ラクテック500ml (day1 7:00開始)	120分		指示	●	●	●		
	側管		受領					
			入力					
			実施					
③ ST3 500ml	120分		指示	●	●	●		
	側管		受領					
			入力					
			実施					
④ 生食250ml(ルート確保)			指示		●			
			受領					
			入力					
			実施					
⑤ 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] ※ホスアプレピタント使用の場合、④残液でフラッシュ。	30分		指示		●			
			受領					
			入力					
			実施					
⑥ 生食250ml + ドセタキセル _____ mg ※終了後④の残液でフラッシュ 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	60分	70mg/m ²	指示		●			
		受領						
		入力	軽度 10-30%					
		実施						
⑦ 生食500ml + シスプラチン _____ mg ※終了後④の残液でフラッシュ 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	180分	50mg/m ²	指示		●			
		受領						
		入力	高度 90%以上					
		実施						
⑧ ST3 500ml + ラシックス1A	120分		指示		●			
	側管		受領					
			入力					
			実施					
⑨ ST3 500ml + プリンペラン2A	180分		指示		●			
	側管		受領					
			入力					
			実施					
⑩ ST3 500ml ×2回 (翌日まで)			指示		●			
			受領					
			入力					
			実施					
⑪ 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。				