

【No.73】 CPT-P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)

- ・白血球数3000/mm³未満(イリノテカン)
- ・血小板数10万/mm³未満(イリノテカン)
- ・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満)(シスプラチン)

UGT1A1ホモもしくはダブルヘテロの場合

→少なくとも1段階の減量推奨(イリノテカン米国添付文書より)

※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	8	15	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式	実施日	D0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	...	28		
				側管																									
① ラクテック 500ml (120分)※D1 7:00開始 ② ST3 500ml (120分)			指示	●	●	●																							
			受領																										
			側管																										
③ 生食250ml(ルート確保)			指示		●							●							●										
			受領																										
			側管																										
④ 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+ボララミン __A +{ファモチジン 1A or ホスアプレビタント1V} ※ホスアプレビタント使用の場合、③残液でフラッシュ。	30分		指示		●							●						●											
			受領																										
			側管																										
⑤ 5%Glu250ml+イリノテカン _____mg ※終了後、③の残液でフラッシュ 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____)	90分	60mg/m ²	指示		●							●						●											
			受領																										
			側管																										
⑥ (ケモ専用)生食500ml+シスプラチン _____mg ※終了後、③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	60mg/m ²	指示		●																								
			受領																										
			側管																										
⑦ ST3 500ml + プリンペラン2A (90分) ⑧ ラクテック 500ml (120分) ⑨ ST3 500ml × 2回(翌日まで) ⑩ ハルトマンpH8 500ml + プリンペラン2A (120分)			指示		●																								
			受領																										
			側管																										

4週毎(CPT-11:3投1休、CDDP: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