【No.77】 CDDP/EPI/IFM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）

・重篤な腎障害のある患者に禁忌（Ccr30未満）（シスプラチン）
・エピルビシンの生涯投与量の上限は900mg/m²
・腎又は膀胱に重篤な障害のある患者に禁忌（イホマイド）

※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。
※逸脱例に使用する場合は、患者の同意がある旨2号紙に記載すること。（記載確認後ミキシング開始となります。）

コース	体重	1	2	3	4	5	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	…	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 + デキサート6.6mg 1V + デキサート3.3mg 1A 1回 （9:00−9:30）	30分		指示	●	●	●	●	●				
			受領									
			入力									
			実施									
③ 生食250ml + シスプラチン＿＿＿＿mg 変更1：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿＿） 変更2：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿＿） 1回 （9:30−10:30）	60分	15mg/m²/day 高度 90%以上	指示	●	●	●	●	●				
			受領									
			入力									
			実施									
④ 生食50ml + エピルビシン＿＿＿＿mg 変更1：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿＿） 変更2：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿＿） 1回 （10:30）	全開	40mg/m²/day 中等度 30−90%	指示	●								
			受領									
			入力									
			実施									
⑤ 5%Glu250ml + イホマイド＿＿＿＿g 変更1：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿＿） 変更2：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿＿） 1回 （10:30−11:30）	60分	1g/m²/day 中等度 30−90%	指示	●	●	●	●	●				
			受領									
			入力									
			実施									
⑥ 生食100ml + ウロミテキサン400mg 0.5A 3回 （11:30−12:00）（15:30−16:00）（19:30−20:00） ※イホマイド投与後、4時間後、8時間後	30分×3 側管	200mg/回	指示	●	●	●	●	●				
			受領									
			入力									
			実施									
⑦ ST3 500ml + プリンペラン 2A 1回 （12:00−13:00）	60分 側管		指示	●	●	●	●	●				
			受領									
			入力									
			実施									
⑧ ST3 500ml 1回 （13:00−14:30）	90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									
内服 アプレピタントカプセル125mg 1C 1× 7時30分 1日分（day1） アプレピタントカプセル80mg 1C 1× 7時30分 4日分(day2−5)			指示	●	●	●	●	●				
			受領									
			入力									
			実施									

4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、原則として投与2日前（休日を挟む場合は休前日）までに提出すること。　　改定日R3.6.29