【No.89】 シスプラチン療法

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）＿＿＿＿

（シスプラチン添付文書より抜粋）

・重篤な腎障害のある患者に禁忌

（Ccr30未満）

※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
1				
2				
3				
4				
5				
6				

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
① ラクテック500ml ② ST1 500ml	各120分 側管		指示	●						
			受領							
			入力							
			実施							
③ ○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							
④ 生食100ml ＋ パロノセトロン1V ＋ デキサート9.9mg	30分		指示	●						
			受領							
			入力							
			実施							
⑤ 生食250ml ＋ シスプラチン＿＿＿mg 変更1:＿＿＿mg（変更日:＿＿＿） 変更2:＿＿＿mg（変更日:＿＿＿） ※終了後③の残液でフラッシュ	60分	40mg/m^2 高度 90%以上	指示	●						
			受領							
			入力							
			実施							
⑥ ST3 500ml ＋ プリンペラン2A	90分 側管		指示	●						
			受領							
			入力							
			実施							
⑦ ラクテック500ml	120分 側管		指示	●						
			受領							
			入力							
			実施							
⑧ ST1 500ml ×2回	翌日まで 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							

週1回　6コース

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