【No.91】 weekly CPT-11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
(イリノテカン添付文書より抜粋)
・白血球数3000/mm³未満
・血小板数10万/mm³未満

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	受領	受領

コース	体重	D1	8	15	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 / 催吐リスク
① ○ポート患者　生食20mlシリンジ(穿刺) 生食250mlでルート確保後、ロック ○末梢患者　生食250mlでルート確保後、ロック		
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 ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ1V} ※ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ使用の場合、①残液でフラッシュ。	30分	
③ 5%Glu 500ml + イリノテカン＿＿＿＿mg 変更1:＿＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿＿) 変更2:＿＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿＿)	90分	100mg/㎡ 中等度 30-90%
④ ①の残液でフラッシュ		
⑤ 生食20ml シリンジロック or ヘパリンシリンジロック (ポート患者のみ)		

3投1休(4週毎)

	D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
実施日																												
指示	●							●							●													
受領																												
入力																												
実施																												
指示	●							●							●													
受領																												
入力																												
実施																												
指示	●							●							●													
受領																												
入力																												
実施																												
指示	●							●							●													
受領																												
入力																												
実施																												
指示	(●)							(●)							(●)													
受領																												
入力																												
実施																												

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