

# 【No.93】 KAD療法

病名 \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (才)(男・女) ※化学療法承諾書要作成  
 体重 \_\_\_\_\_ kg 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) \_\_\_\_\_

**【休薬・中止基準】(添付文書より抜粋)**  
 ・LVEF40-45%で、ベースラインからの絶対値の変化が10%以上  
 ・LVEF40%未満  
 ・症候性うっ血性心不全  
 ・AST,ALT増加:Grade3以上  
 ・高ビリルビン血症:Grade2以上  
 ・血小板数5万/mm<sup>3</sup>未満  
 ・末梢神経障害:Grade3以上  
 ・間質性肺疾患又は肺臓炎

**【減量基準】**  
 1段階減量:3.0mg/kg、2段階減量:2.4mg/kg

**【点滴時間】**  
 初回90分、2回目以降30分まで短縮可能

**※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	day1	点滴時間	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	8	...	21	
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250ml + カドサイラ _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____) ※終了後①の残液でフラッシュ	30-90分 フィルター有	3.6mg/kg 軽度 10-30%	指示	●										
			受領											
			入力											
			実施											
③ 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											
			指示											
			受領											
			入力											
			実施											
			指示											
			受領											
			入力											
			実施											
<b>1投2休(3週毎)</b>			指示											
			受領											

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。