【No.94】 CBDCA/VP-16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）＿＿＿

【禁忌】（ベプシド添付文書より抜粋）
・重篤な骨髄抑制のある患者[骨髄抑制は用量規制因子であり、感染症又は出血を伴い、重篤化する可能性がある]

※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	day2	day3	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	実施日	day1	day2	day3	…	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			指示	●	●	●		
			受領					
			入力					
			実施					
② ｛ グラニセトロン1A or アロキシ1V ｝ ＋ 生食100ml ＋ デキサート＿＿＿＿mg ＋ ポララミン＿＿A ＋ ｛ ファモチジン1A or プロイメンド1V ｝ ※プロイメンド使用の場合、終了後①残液でフラッシュ。	30分		指示	●				
			受領					
			入力					
			実施					
③ 生食100ml ＋ デキサート＿＿＿＿mg	30分		指示		●	●		
			受領					
			入力					
			実施					
④ 5%Glu250ml ＋ ベプシド＿＿＿＿mg ※終了後①の残液でフラッシュ 変更1:＿＿＿mg（変更日:＿＿＿） 変更2:＿＿＿mg（変更日:＿＿＿）	60分	100mg/㎡ 中等度 30～90%	指示	●	●	●		
			受領					
			入力					
			実施					
⑤ 5%Glu250ml ＋ カルボプラチン＿＿＿＿mg ※終了後①の残液でフラッシュ 変更1:＿＿＿mg（変更日:＿＿＿） 変更2:＿＿＿mg（変更日:＿＿＿）	60分	AUC=5 中等度 30～90%	指示	●				
			受領					
			入力					
			実施					
⑥ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml （CVポートのみ）			指示	（●）	（●）	（●）		
			受領					
			入力					
			実施					
			指示					
			受領					
			入力					
			実施					

3-4週毎（1投2-3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、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