【No.96】 weekly ABI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)＿＿＿

投与延期・中止基準(アブラキサン添付文書より抜粋)

・好中球数1000/mm³未満 ・血小板数7.5万/mm³未満

アブラキサン減量の目安(添付文書より抜粋)

・1段階減量:80mg/m² ・2段階減量:60mg/m²

アブラキサンの指示方法

100mg1Vにつき生食20mlで溶解し、原液で投与するため残液の生食は廃棄する。例えばアブラキサンを300mg使用する場合、生食の指示は60mlとなる。

アブラキサンの入力方法・生食50ml○○Vで入力すること。

※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	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＿＿ml ＋ アブラキサン＿＿＿mg ※5mg/mlの濃度で投与(指示・入力は上記参照) 変更1:生食＿＿ml＋＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) 変更2:生食＿＿ml＋＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)	30分 ﾌｨﾙﾀｰ不可	100mg/m² 軽度 10-30%
③ ①の残液でフラッシュ		
④ 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)		

実施日	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
① 指示	●							●							●													
① 受領																												
① 入力																												
① 実施																												
② 指示	●							●							●													
② 受領																												
② 入力																												
② 実施																												
③ 指示	●							●							●													
③ 受領																												
③ 入力																												
③ 実施																												
④ 指示	(●)							(●)							(●)													
④ 受領																												
④ 入力																												
④ 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