【No.108】 CBZ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)＿＿＿＿

減量・休薬・中止基準(添付文書より抜粋)

・Grade3以上の好中球減少症(1週間以上)
・FN又は好中球減少性感染
　→好中球が1500/mm³を超えるまで休薬し、20mg/m²に減量
・Grade3以上の下痢、又は水分・電解質補給等の適切な治療にも関わらず持続する下痢→症状が回復又は改善するまで休薬し、その後20mg/m²に減量
・Grade3以上の末梢性ニューロパチー→中止
・Grade2の末梢性ニューロパチー→20mg/m²に減量

特定背景を有する患者に関する注意(添付文書より抜粋)

以下のFNリスク因子を有する患者の場合、G-CSF製剤の一次予防を考慮すること。
・65歳以上　・PS不良　・FN既往歴　・広範囲放射線照射等の強い前治療歴
・腫瘍の骨髄浸潤等

右下の欄に続く

コース	体重	D1		指示	受領

コース	体重	D1		指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 / 催吐リスク
① 〇ポート患者　生食20mlシリンジ(穿刺) 生食250mlでルート確保後、ロック 〇末梢患者　生食250mlでルート確保後、ロック		
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、①残液でフラッシュ。	30分	
③ 生食250ml＋ジェブタナ＿＿＿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 フィルター有	25mg/㎡ 軽度 10-30%
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)		
内服:プレドニゾロン錠5mg 1回1錠　1日2回朝昼食後　21日分	連日内服	

3週毎(CBZ:1投2休、PSL:連日)

実施日	D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
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																					
指示	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
受領																					
入力																					
実施																					

左上の欄より続き

【禁忌】(添付文書より抜粋)

・重篤な骨髄抑制
・感染症の合併
・発熱を有し、感染症の疑い
・肝機能障害
→国内第1相試験では、AST,ALT,総ビリルビンが施設基準上限の1.5倍を超えた場合、回復するまで延期し、再開時は減量を行っています。

※逸脱例に使用する場合、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。)

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