

# 【No.122】 RAM + DTX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 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> 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**(添付文書より抜粋)  
 ・高血圧Grade2以上(サイラムザ)  
 ・尿蛋白2g/日以上(サイラムザ)  
 ・好中球2000/mm<sup>3</sup>未満(ドセタキセル)

**※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		指示	受領

day1 2 3 4 5 6 7 8 9 ... 21

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	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									
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				●																			
② 生食100ml + デキサート6.6mg + ポララミン1A	30分			●																			
③ 生食250ml + サイラムザ _____ mg ※初回60分、2回目以降30分で投与。終了後フラッシュ 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	30-60分 フィルター有	10mg/kg 最小 10%未満		●																			
④ 生食250ml + ドセタキセル _____ 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	60mg/m <sup>2</sup> 軽度 10~30%		●																			
⑤ 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)				●																			
3週毎(1投2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