# 【No.129】 Bmab + TC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)＿＿＿＿

**中止・延期基準**（添付文書、適正使用ガイドより抜粋）

・Grade3以上の高血圧（アバスチン）
・Grade2以上の尿蛋白（アバスチン）
・白血球数4000/mm³未満（パクリタキセル）
・好中球数2000/mm³未満（パクリタキセル）

**減量基準**

（パクリタキセル添付文書より抜粋）

・白血球数1000/mm³未満

**※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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 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 | 9 | … | 21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ① ○ポート患者<br>生食20mlシリンジ（穿刺）生食250mlでルート確保<br>○末梢患者<br>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 ｝<br>＋ 生食100ml<br>＋ デキサート＿＿＿＿mg ＋ ポララミン＿＿A<br>＋｛ ファモチジン1A or プロイメンド1V ｝ | 30分 | | 指示 | ● | | | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | | | |
| ③ ②でプロイメンドを使用する場合、①残液でフラッシュ | 全開 | | 指示 | （●） | | | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | | | |
| ④ (OP室用)生食100ml ＋ アバスチン＿＿＿＿mg<br>※終了後①の残液でフラッシュ<br>（初回90分、2回目60分、3回目以降30分）<br>変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) | 30-90分 | 15mg/kg<br>最小10%未満 | 指示 | ● | | | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | | | |
| ⑤ 生食500ml ＋ パクリタキセル＿＿＿＿mg<br>※終了後①の残液でフラッシュ<br>変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)<br>変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) | 180分<br>フィルター有 | 175mg/㎡<br>軽度10-30% | 指示 | ● | | | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | | | |
| ⑥ 5%Glu250ml ＋ カルボプラチン＿＿＿＿mg<br>※終了後①の残液でフラッシュ<br>変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)<br>変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) | 60分 | AUC=5<br>中等度30～90% | 指示 | ● | | | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | | | |
| ⑦ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml<br>（ポート患者のみ） | | | 指示 | （●） | | | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | | | |

**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