【No.131】 Bmab + weekly PTX療法(2)

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)＿＿＿

中止又は延期基準（アバスチン適正使用ガイドより抜粋）
・Grade3以上の高血圧　・Grade2以上の尿蛋白
day1（パクリタキセル添付文書より抜粋）
・白血球数3000/mm³未満
・好中球数1500/mm³未満
day8,15（パクリタキセル添付文書より抜粋）
・白血球数2000/mm³未満
・好中球数1000/mm³未満

※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。）

コース	体重	D1	8	15	指示	受領

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 {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 (OP室用)生食100ml＋アバスチン＿＿＿＿mg ※終了後、①の残液でフラッシュ ※初回90分、2回目60分、3回目以降30分で投与 変更1:＿＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)	30-90分	15mg/kg 最小<10%
④ 生食250ml＋パクリタキセル ＿＿＿＿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 フィルター有	80mg/㎡ 軽度 10-30%
⑤ 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）		
毎週投与（3週毎、Bmabはday1のみ）		

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																					

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