【No.145】 S1 + 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＿＿＿＿㎡　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)＿＿＿＿

S1単独2投1休を1コース投与後開始。S1+DTX6コース終了後は、S1単独4投2休を手術後1年後まで繰り返す。

中止・延期基準(適正使用情報より抜粋)

・好中球1000/mm³未満　・血小板7.5万/mm³未満
・AST,ALT100IU/L以上　・血中ビリルビン1.5mg/dL以上
・血清クレアチニン値1.2mg/dL以上
・Grade2以上の消化器症状、非血液毒性

エスワン減量基準

・Ccr50-60：1段階減量
・Ccr50未満：臨床試験から除外　右下の欄へ続く

コース	体重	D1		指示	受領
1					
2					
3					
4					
5					

コース	体重	D1		指示	受領
6					

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 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	40mg/㎡ 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:エスワン　1回＿＿＿mg 1日2回朝夕食後　14日分　**(初日は夕食後より開始)** 変更1:1回＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) 変更2:1回＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)	d1夕-d15朝	右記 軽度 10-30%
3週毎 6コース(DTX:1投2休、S1:2投1休)		

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	夕	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	朝						
受領																					
入力																					
実施																					

左上の欄より続き

エスワン投与量(1回量)
体表面積
1.25m²未満 = 40mg
1.25-1.5m² = 50mg
1.5m²以上 = 60mg

※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