

【No.156】 CPT-11/NDP療法(婦人科)

病名 _____ ID _____
 身長 _____ cm 体重 _____ kg
 _____ 科 主治医 _____

氏名 _____ (才)(男・女) ※化学療法承諾書要作成
 体表面積 _____ m² PS 0・1・2・3・4
 治療ライン _____ 次治療 服薬指導 依頼する・不要
 確認医(科長) _____

HBs抗原(+) → HBV DNA () , HBs抗原(-) → HBc抗体 () HBs抗体 ()

中止・延期基準(添付文書より抜粋)

- ・白血球数3000/mm³未満(イリノテカン)
- ・血小板数10万/mm³未満(イリノテカン)
- ・強い骨髄抑制作用を有する薬剤であり、頻回に臨床検査を行うなど慎重に投与すること。(アクブラ)

UGT1A1ホモもしくはダブルヘテロの場合

→少なくとも1段階の減量推奨(イリノテカン米国添付文書より)

※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 | 指示 | 受領 | コース | 体重 | D1 | 8 | 指示 | 受領 |
|-----|----|----|---|----|----|-----|----|----|---|----|----|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

D1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 (22) 23 24 25 26 27 28)

| 指示内容 | 点滴時間 | 計算式 | 実施日 | D1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 (22) 23 24 25 26 27 28) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|---------------------|-----|---|----|----|----|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | 催吐リスク | 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でルート確保後、ロック ○末梢患者 生食250mlでルート確保後、ロック | | | 指示 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② {格拉ニセロン1A or アロキシ1V} + 生食100ml + デキサート _____mg + ボララミン _____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 | | 指示 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ 5%Glu 500ml + イリノテカン _____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: _____) | 90分 | 60mg/m ² | 指示 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ 生食500ml+アクブラ _____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: _____) | 90分 | 80mg/m ² | 指示 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ ST3号 500ml | 120分 | 側管 | 指示 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ 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) | | | 指示 | (●) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3-4週毎

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。