

【No.157】 GCS療法

病名 _____ ID _____ 氏名 _____ (才) _____ ※化学療法承諾書要作成
 身長 _____ cm 体重 _____ kg 体表面積 _____ m² 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
 S1(エスワンタイホウ適正使用の目安より抜粋)
 ・白血球2000未満 ・好中球1000未満 ・血小板7.5万未満 ・Ccr30未満
 各添付文書より抜粋
 ・白血球数2000/ μ L未満 ・血小板数7万/ μ L未満(ゲムシタビン)
 ・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満)(シスプラチン)
エスワン減量基準(エスワンタイホウ適正使用の目安より抜粋)
 ・Ccr60-80 必要に応じて1段階減量
 ・Ccr30-60 原則として1段階以上の減量
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

コース	体重	D1	指示	受領	コース	体重	D1	指示	受領

D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
----	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	実施日																	
				D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
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 {グラニセトン1A or アロキシ1V} + 生食100ml + デキササート _____ 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		指示 ● 受領 入力 実施																	
③ 生食500ml + シスプラチン _____ 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: _____)	60分	25mg/m ²	指示 ● 受領 入力 実施																	
④ 生食100ml + ゲムシタビン _____ 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: _____)	30分	1000mg/m ²	指示 ● 受領 入力 実施																	
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)			指示 (●) 受領 入力 実施																	
内服: エスワン 1回 _____ mg 1日2回朝夕食後 7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-d8朝	上記	指示 夕 ●●●●●●朝 受領 入力 実施																	

シスプラチンによる腎毒性軽減のため、水分摂取を行う事。経口困難の場合、点滴による水分負荷を検討すること。
 ※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。)

2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。