

# 【No.159】トラベクテジン療法

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 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> 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) \_\_\_\_\_

**・必ず中心静脈からの投与とすること。(添付文書より抜粋)**  
**※起壊死性薬剤であり、重度の組織障害を起こすおそれがあるため。**  
**定期的に投与部位の観察を行うこと。**

**休薬・延期基準(添付文書より抜粋)**

- ・好中球1500/mm<sup>3</sup>未満
- ・ヘモグロビン9.0g/dL未満
- ・血小板10万/mm<sup>3</sup>未満
- ・アルブミン2.5g/dL未満
- ・総ビリルビン1.5mg/dL以上
- ・AST,ALT,ALP,CK:施設基準値上限の2.5倍以上
- ・Ccr30mL/min未満

**減量基準(添付文書より抜粋)**

- ・1段階減量:1.0mg/m<sup>2</sup>
- ・2段階減量:0.8mg/m<sup>2</sup>

・アプレピタントはCYP3A4阻害作用があり、トラベクテジンの血漿中濃度が上昇する可能性があるため、代替を考慮すること。

※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

day1 2 3 4 5 6 7 8 9 … 21

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 生食20mlシリンジ(穿刺)生食250mlでルート確保			指示	●																		
② 生食100ml + デキサート16.5mg + { グラニセトロン1A or アロキシ1V }	30分		指示	●																		
③ 生食500ml + ヨンデリス _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____) ※終了後①の残液でフラッシュ	24時間	1.2mg/m <sup>2</sup>	指示	●																		
④ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml (ポート患者のみ)			指示	(●)																		
<b>1投2休(3週毎)</b>			太枠内は原本に記載せず、カラーコピーして使用すること。																			