

No.163 Cmab/FP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 _____ 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(+) \rightarrow HBV DNA()、HBs抗原(-) \rightarrow HBc抗体()HBs抗体() 確認医(科長)

電解質異常が起こることがあるため、定期的にCa,Mgの測定を実施すること。
(アービタックス)
中止・延期基準(添付文書、適正使用の目安より抜粋)
 ・Grade3以上のInfusion reaction、皮膚症状(アービタックス)
アービタックス投与量・初回400mg/m²・2回目以降250mg/m²
減量・中止を検討(アービタックス適正使用ガイドより抜粋)
 ・Grade3以上の低マグネシウム血症・QTcの著明な延長を認めるとき
 ・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満)(シスプラチン)
※化学療法実施当日の2号紙に、実施の可否について記載すること。
(記載確認後ミキシング開始となります。)

コース	体重	D1	2	3	4	8	15	指示	受領

ミキシングは平日のみとなりますので、日程の調整をお願いします。

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
				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			指示 受領 入力 実施	●							●							●						
② フィジオ140 500ml 1B ③ 生食500ml 1B ④ フィジオ140 500ml 1B ⑤ 生食500ml 1B	6時間×4		指示 受領 入力 実施	●	●	●	●																	
⑥ 生食100ml+パロノセトロン1V +デキササート 9.9mg +プロイメンド1V+ ポララミン 1A ※終了後、①の残液でフラッシュ。	30分		指示 受領 入力 実施	●																				
⑦ (day2-4) 生食100ml +デキササート6.6mg ※AM側管より ⑦' (day8,15)生食100ml +デキササート6.6mg+ポララミン 1A	30分		指示 受領 入力 実施		●	●	●				●							●						
⑧ 初回のみ(120分) 生食500ml +アービタックス _____mg ※終了後①の残液で滴下(100ml/hr,60分) 2回目以降(60分) 生食250ml +アービタックス _____mg ※終了後、①の残液でフラッシュ	左記	上記	指示 受領 入力 実施	●							●							●						
⑨ (ケモ専用)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: _____)	5時間	80mg/m ²	指示 受領 入力 実施	●																				
⑩ 生食50ml + ラシックス20mg1A(全開)		高度 90%以上																						
⑪ 生食500ml + フルオロウラシル _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____)	24時間	800mg/m ²	指示 受領 入力 実施	●	●	●	●																	
⑫ (day5のみ)生食50ml ⑬ 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週毎 6コース																								

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。