【No.164】 パドセブ療法

病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ID ＿＿＿＿＿－＿＿＿ 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿（　才）（男・女） ※化学療法承諾書要作成

体重＿＿＿＿＿kg 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)＿＿＿

投与延期・中止基準(添付文書より抜粋)

・Grade2以上の角膜障害、末梢性ニューロパチー、血小板減少症、間質性肺炎
・Grade3以上の皮膚障害、SJS、TEN、高血糖、骨髄抑制(血小板減少以外)、
上記以外の副作用

減量の目安(添付文書より抜粋)

・1段階減量:1mg/kg ・2段階減量:0.75mg/kg ・3段階減量:0.5mg/kg

その他(添付文書より抜粋)

・最大投与量は125mg/body
・1バイアルあたり3.3mlの注射用水で溶解し、10mg/mlの濃度とする
・溶解後やむを得ず保存する場合は、2-8℃で16時間以内に使用すること

※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	8	15	指示	受領	コース	体重	D1	8	15	指示	受領

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 生食100ml ＋ パドセブ＿＿＿＿mg ＋注射用水20ml 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	30分	1.25mg/kg 軽度 10-30%
③ 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)		

	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
実施日																												
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																												

3投1休(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、投与2日前(休日を挟む場合は休前日)までに薬剤科へコピーを提出すること。

新規R3.12.6