

【No.15】 CAPOX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(+)→HBV DNA(), HBs抗原(-)→HBc抗体() HBs抗体()

確認医(科長) _____

・カペシタピンとワルファリンカリウムとの併用により、出血が発現し死亡に至った例も報告されている。(カペシタピン添付文書警告欄より抜粋)

休薬・中止基準

- ・好中球1500/mm³未満(オキサリプラチン、カペシタピン)
- ・血小板7.5万/mm³未満(オキサリプラチン、カペシタピン)

減量基準

- (オキサリプラチン添付文書より抜粋) Grade3以上の有害事象の場合
- ・1回目: 100mg/m²に減量 ・2回目: 85mg/m²に減量
 - (ゼローダ適正使用ガイドより抜粋)
 - ・Ccr30-50: 1段階減量 ・Ccr30未満: 禁忌

右下の欄へ続く

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 15 16 17 18 19 20 21

指示内容	点滴時間	計算式	実施日																										
	計算値	催吐リスク		指示	受領	入力	実施	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺) 生食250mlでルート確保後、ロック ○末梢患者 生食250mlでルート確保後、ロック			指示	●																									
② 生食100ml+{グラニセトロン1A or パロノセトロン1V} +デキササート _____mg+ボララミン _____A +[ファモチジン 1A or ホスアプレビタント1V or ※アロカリス1V] ※①残液で前後フラッシュ。	30分		指示	●																									
③ 5%Glu250ml+オキサリプラチン _____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: _____)	120分	130mg/m ²	指示	●																									
④ 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	(●)																									
内服: カペシタピン300mg 1回 _____錠 1日2回朝夕食後 14日分 (初日は夕食後より開始) 変更1: 1回 _____錠(変更日: _____) 変更2: 1回 _____錠(変更日: _____)	d1夕-d15朝	右記	指示	夕	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			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																										

左上の欄より続き

カペシタピン投与量
体表面積 一回量
・1.36m²未満 1200mg
・1.36-1.66m² 1500mg
・1.66-1.96m² 1800mg
・1.96m²以上 2100mg

※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。)
※アロカリス:原則として、入院患者への使用はホスアプレビタントを使用できない症例に限定すること。

太枠内は原本に記入せず、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。