

【No.183】 ZOL + 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) _____

ピロイ投与時(選択してください)
 [続紙フローチャートを使用する or 毎回主治医へ報告する]
 ・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)
 ・臨床試験において、オキサリプラチンは最大8サイクル投与された。
ピロイ投与量
 ・投与量: 初回800mg/m²、2回目以降600mg/m²
休薬・中止基準
 ・アナフィラキシー、Grade3以上の過敏症又はinfusion reaction、Grade2以上の悪心・嘔吐(ピロイ)
 ・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) 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

指示内容	点滴時間	計算式	実施日
	計算値	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 生食100ml+{グラニセトロン1A or パロノセトロン1V} +デキサート _____mg+ボララミン _____A +[ファモチジン 1A or ホスアプレピタント1V or アロカリス1V] ※終了後、①の残液でフラッシュ。	30分		指示 ● 受領 入力 実施
③ (初回のみ) 生食500ml + 注射用水100ml 1B(溶解用) + ピロイ _____mg ※終了後、①の残液でフラッシュ。 ③' (2回目以降) 生食500ml + 注射用水100ml 1B(溶解用) + ピロイ _____mg ※終了後、①の残液でフラッシュ。	続紙	上記	指示 ● 受領 入力 実施
④ 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 ● 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: 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
3週毎(ZOL、L-OHP: 1投2休、Cape: 2投1休)			指示 夕 ○○○○○○ 受領 入力 実施

D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

左上の欄より続き

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-ダ適正使用ガイドより抜粋)
 ・Ccr30-50: 1段階減量
 ・Ccr30未満: 禁忌

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。)

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(休日を含む場合は休前日)までに薬剤科へコピーを提出すること。