【No.187】 Pola + R-CHP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＿＿＿㎡ 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)＿＿＿＿

【投与中止・延期基準】(ポライビー添付文書より抜粋)
・好中球1000/μL未満、血小板5万/μL未満
・Grade4のinfusion reaction

【減量基準】(ポライビー添付文書より抜粋)
・Grade2以上の末梢性感覚ﾆｭｰﾛﾊﾟﾁｰ:ポライビーを減量
・Grade1以上の末梢性運動ﾆｭｰﾛﾊﾟﾁｰ:ポライビーを減量
・ポライビーの減量方法:1.8mg/kg→1.4mg/kg→1.0mg/kg→中止

【リツキシマブ点滴速度】
・初回は①～③、2回目以降②、③で投与
①25ml/hr(60min) ②100ml/hr(60min) ③200ml/hr(終了まで)

【総投与量】
・アドリアシン500mg/m²以下

※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	day1	day3	指示	受領

指示内容	点滴時間 計算値	計算式 催吐リスク		day1	2	3	4	5	6	…	21
			実施日								
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺)生食250mlでルート確保 ○末梢患者 生食250mlでルート確保			指示	●		●					
			受領								
			入力								
			実施								
② 生食500ml ＋ リツキシマブ＿＿＿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	上記参照 ＿＿＿mg	375mg/m² 最小 10%未満	指示			●					
			受領								
			入力								
			実施								
③ 生食100ml ＋ { グラニセトロン1A or パロノセトロン1V } ＋ ポララミン1A	30分		指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
④ 生食100ml ＋ ポライビー＿＿＿mg ＋ 注射用水20ml 1A(溶解用) 変更1:＿＿mg(変更日:＿＿＿) ※初回90分、2回目以降30分で投与	左記 ﾌｨﾙﾀｰ有 ＿＿＿mg	1.8mg/kg 軽度 10～30%	指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
⑤ 生食100ml ＋ アドリアシン＿＿＿mg 変更1:＿＿mg(変更日:＿＿＿) 変更2:＿＿mg(変更日:＿＿＿)	30分 ＿＿＿mg	50mg/m² 中等度 30～90%	指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
⑥ 生食500ml ＋ エンドキサン＿＿＿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	120分 ＿＿＿mg	750mg/m² 中等度 30～90%	指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
⑦ 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	(●)		(●)					
			受領								
			入力								
			実施								
			指示								
			受領								
			入力								
			実施								
内服 day3 点滴開始30分前 ボルタレン(25)1錠、レスタミン(10)5錠 1日分			指示			●					
			受領								
			入力								
			実施								
内服 day1-5 プレドニゾロン(5) 20T 1日1回朝食後 5日分			指示	●	●	●	●	●			
			受領								
			入力								
			実施								

1投2休(3週毎) 6コース

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。

新規R6.8.19