

ID:	=患者情報!B1			( <b>Xeloda + ヘパシズマブ</b> ) 療法				施行日	クール
患者氏名	=患者情報!B2		殿						
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	入院/外来	入力日	年	月	日	
疾患名					開始日	年	月	日	
クール	週	投与	週	休薬	診療科				
	備考	カペシタビン : 2週投与1週休薬 BV: Day1			医師名				
<b>重要</b>	B型肝炎の再活性化 (de novo B型肝炎) 対策として、右記の検査が未実施の場合は、 全例スクリーニング対象となります。化学療法開始前or初回投与時に測定して下さい。							<input type="checkbox"/> HBs抗原	
	※詳細については、『化学療法により発生するB型肝炎対策～浦添総合病院バージョン～』をご参照下さい。							<input type="checkbox"/> HBs抗体 <input type="checkbox"/> HBc抗体	

適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line	<input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line	<input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line以降	告知の有無	P	S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済		
	<input type="checkbox"/> 術前	<input type="checkbox"/> 術後補助	<input checked="" type="checkbox"/> 進行	<input checked="" type="checkbox"/> 再発	身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00
薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	CVポート留置	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 予定		
カペシタビン 2,000 (1回 1,000mg/m <sup>2</sup> )	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body	ヘパシズマブ 7.5 (BV)	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/body	<input type="checkbox"/> 対象外						

レジメン内容					
順番	医薬品名	投与量	投与部位 (メイン)	投与スケジュール	
経口	ゼローダ錠 (300mg) [カペシタビン]	mg/2x	P.O	朝	mg
				夕	mg
<b>2週投与1週休薬</b>					
①	ヘパシズマブ注 [アバステン]	mg	D.I.V	初回 90分 2回目以降 30分 ※問題なければ時間短縮	
	生食液 (100mL)	100mL			

**注意事項など**  
 内服・外用処方にて**手足症候群予防対策**をお願いします。  
 (1) **ビドキサール錠 (10)** 3~6錠/日 , (2) **保湿剤** (ヒルドイドなど)

	1Kur目	2Kur目	確認者	監査者
Day	1	..... 14 15	..... 22	..... 35 36
カペシタビン	↓	..... ↓	↓	..... ↓
ヘパシズマブ	↓		↓	