

ID:	=患者情報!B1			<span style="font-size: 2em;">(</span> <span style="color: red; font-weight: bold;">dose-dense EC</span> <span style="font-size: 2em;">)</span> <span style="color: red; font-weight: bold;">療法</span> <small>[EPI + CPA]</small>	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	1	週	投与	<b>1</b>	週	休薬	診療科
備考	週1回 4クール			医師名			

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 checked="" type="checkbox"/> 術前	<input checked="" 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

重要	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

薬品名	単位	薬品名	単位	エピルビシン注 上限量 (目安)	設定: 900mg/m <sup>2</sup> ↓ <b>0 mg</b>	外来 化療 加算	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外
EPI 60~100	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body	CPA 500~600	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body				

## レジメン内容

順番	医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール
----	------	-----	------	----------

### Day1

①	イメンドCap (125mg)	1Cap	P.O	③投与1時間前に内服
②	デキサート注 (3.3mg)	9.9mg	D.I.V	15分
	アロキシ点滴静注バッグ (0.75mg/50mL/袋)	1袋		
③	エピルビシン注 (EPI)	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> mg	D.I.V	5分
	生食液 (50mL)	50mL		
④	シクロホスファミド注 (CPA) [エンドキサン]	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> mg	D.I.V	30分
	生食液 (250mL)	250mL		

### Day2

①	ジーラスタ皮下注3.6mg [ペグフィルグラスチム]	1筒	皮下投与	Day1シクロホスファミド投与終了後から24時間以上経過した後
---	----------------------------	----	------	---------------------------------

**Day 2 & 3** イメンドCap (80mg) 1Cap/回 ※午前中に投与すること

	1Kur目		2Kur目			確認者	監査者
Day	1	8	15	22	.....		
EPI	↓		↓				
CPA	↓		↓				

**注意事項など**  
エピルビシン注は総投与量限界量があるので注意すること。  
※総投与量として900mg/m<sup>2</sup>を超えるとうっ血性心不全を起こすことが多くなる