

ID:	=患者情報!B1			(ゲムシタビン + エルロチニブ) 療法				施行日		クール	
患者氏名	=患者情報!B2 殿							入院/外来	入力日	年	月
年齢	性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8							
疾患名					開始日	年	月	日			
クール	ゲムシタビン: 3週投与1週休薬 エルロチニブ: 連日投与				診療科						
					医師名						
適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発 <input checked="" type="checkbox"/> 医師要件を満たした者のみ使用可				告知の有無		P	S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済	
	身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m <sup>2</sup>		

この部分(施行日・クール)は薬剤部⇔看護部間で使用するものです。  
※薬剤師が記載する部分です。

このレジメンを使用できる医師は下記の通りです。  
(平成27年12月現在)  
○ 小橋川 嘉泉医師  
○ 仲村 将泉医師

**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。  
※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。

HBs抗原  
 HBs抗体  
 HBe抗体

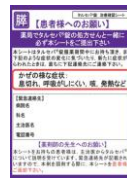
薬品名	単位	薬品名	単位	外来 化療 加算	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外
エルロチニブ 100	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	ゲムシタビン 1,000	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 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
経口	タルセバ錠(100mg) [エルロチニブ] (注意)150mg規格: 肺癌の適応無し	100 mg/1x	P.O 食事の1時間以上前 or 食事2時間以降	1回 100 mg
	※1段階減量: 50mg(25mg/錠 2錠)・・・但し25mg規格は当院未採用のため、緊急採用薬使用届が必要となります。			

①	デキサート注(3.3mg)	6.6mg	D.I.V	30分
	グラニセロン点滴静注(3mg/100mL)	1袋		
②	ゲムシタビン注(GEM)	mg	D.I.V	200mL/hr (30分)
	5%ブドウ糖液(100mL)	100mL		

**【重要: 薬剤師へ】**  
院外薬局でタルセバ錠を調剤する際、「治療確認シート(製薬会社提供B7サイズ)」が必要です。  
注意: 患者へは①絶対に紛失ないように保管すること、②院外薬局へは毎回提示することと指導して下さい。



1Kur目		2Kur目					3Kur目					確認者	監査者	
Day	1	8	15	22	29	36	43	50	57	64	71			.....
ゲムシタビン	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	.....		
エルロチニブ	↓	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....		

注意事項など