

ID:											施行日		クール								
患者氏名	殿										(Weekly PTX+CDDP) 療法 【内服不可】										
年齢 性別			入院/外来		入院		入力日		年						月		日				
疾患名											開始日		年		月		日				
クール	3 週 投与		1 週 休薬		診療科																
	備考		週1回				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 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input type="checkbox"/> 進行 <input type="checkbox"/> 再発										告知の有無		P S		同意書取得		<input type="checkbox"/> 済				
	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Lineでの条件は、IS-1およびCPT-11が使用できない症例とする										身長		cm		体重		kg		体表面積		0.00 m ²
薬品名		単位		薬品名		単位		薬品名		単位		外来化療加算		<input checked="" type="checkbox"/> A							
PTX 60~80		<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body		CDDP 20		<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body				<input type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body		外来化療加算		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外							

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
 HBc抗体

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
①	デキサート注 (3.3mg)	6.6mg	D.I.V	15分
	ファモチジン注 (20mg)	20mg		
	生食液 (50mL)	50mL		
②	レスカルミン注	1A	D.I.V	30分
	生食液 (50mL)	50mL		
③	グラニセロン点滴静注 (3mg/100mL)	1袋	D.I.V	30分
④	パクリタキセル注 (PTX)	<input type="text"/> mg	D.I.V	1時間
	5%ブドウ糖液 (250mL)	250mL		
⑤	シスプラチン注 (CDDP)	<input type="text"/> mg	D.I.V	250mL/hr
	生食液 (500mL)	400mL		

看護師の方々へ: パクリタキセル投与の際は必ずPVCフリー輸液セット、フィルターを使用して下さい。

		1Kur目					2Kur目					確認者	監査者
Day	1	8	15	22	29	36	...						
PTX	↓	↓	↓		↓								
CDDP	↓	↓	↓		↓								

注意事項など