

ID:	=患者情報!B1			(Weekly パクリタキセル) 【内服不可】 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
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	開始日	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				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 type="checkbox"/> 進行 <input 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	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				
PTX 60~80	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body					
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 <input type="checkbox"/> HBs抗体 <input type="checkbox"/> HBc抗体		
	<small>※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。</small>									

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	パクリタキセル注 (PTX)	 mg	D.I.V	1時間
	生食液 (250mL)	250mL		

注意事項など

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

注意事項など

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