

ID:	=患者情報!B1			(CEF) 療法 [CPA + EPI + 5-FU]	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	2	週 休薬	診療科	
	備考	週1回 4~6クール			医師名	

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

身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m ²	告知の有無		外 来 化 療 加 算
薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	P	S			<input checked="" type="checkbox"/> A	
CPA 500	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	EPI 60~100	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	フルオウラシル 500	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	同意書取得		<input type="checkbox"/> 済		<input type="checkbox"/> B <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	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	30分
	グラニセロン点滴静注 (3mg/100mL)	1袋		
③	エピルピシン注 (EPI)	<input type="text"/> mg	D.I.V	15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 type="text"/> mg	D.I.V	30分
	生食液 (250mL)	250mL		
⑤	フルオウラシル注	<input type="text"/> mg	D.I.V	15分
	生食液 (50mL)	50mL		

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

Day 2 ~ 5 デキサート錠 (4mg) 1.5~2錠/2x(朝・昼食後)

	1Kur目		2Kur目		確認者	監査者
	Day 1	8	15	22		
EPI	↓			↓		
CPA	↓			↓		
フルオウラシル	↓			↓		

注意事項など