

| | | | | | | | | | | |
|-----------|---|--------------------|---|----------------------|-----|---------------------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|
| ID: | =患者情報!B1 | | | (CDDP + CPT-11) 療法 | | | | 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 | 週 | 投与 | 週 | 休薬 | 診療科 | | | | | |
| | 備考 | 4週毎 (Day 1, 15 投与) | | | 医師名 | | | | | |
| 身長 | | cm | 体重 | | kg | 体表面積 | 0.00 | m ² | 告知の有無 | |
| 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 | P S | |
| CDDP 30 | <input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body | CPT-11 60 | <input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body | | | | | 同意書取得 | <input type="checkbox"/> 済 | |
| 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 | |

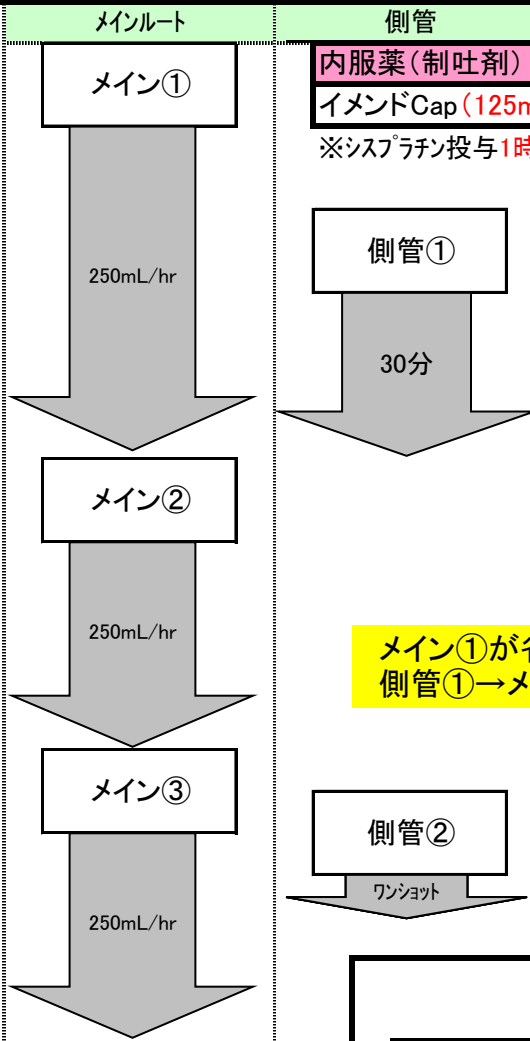
| |
|---------------|
| メイン① D.I.V. |
| ソルデム3A 500 mL |

※省略可能

| |
|--------------------------------------|
| メイン② D.I.V. |
| イリノテカン[カンプト] <input type="text"/> mg |
| 5%ブドウ糖液 500 mL |

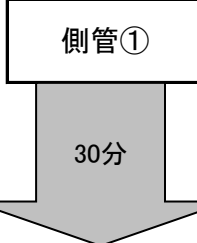
| |
|---------------------------------------|
| メイン③ D.I.V. |
| シスプラチン (CDDP) <input type="text"/> mg |
| 生食液 400 mL |

※要遮光



| |
|----------------------|
| 内服薬 (制吐剤) |
| イメンドCap (125mg) 1Cap |

※シスプラチン投与1時間～1時間30分前に服用



| |
|------------------------------|
| 側管① D.I.V. (メイン②投与30分前) ※前です |
| デキサト注(3.3mg) 6.6 mg |
| グラニセロン点滴静注 (3mg/100mL) 1 袋 |

メイン①が省略された場合は、側管①→メインルートへ変更となる。



| |
|------------------------------------|
| 側管① (12:00) I.V. (メイン③投与30分後) ※後です |
| フロセド注(20mg) 10 mg |

| | 1Kur目 | | | 2Kur目 | | |
|--------|-------|---|----|-------|----|----------|
| Day | 1 | 8 | 15 | 22 | 29 | 36 . . . |
| CPT-11 | ↓ | | ↓ | | ↓ | |
| CDDP | ↓ | | ↓ | | ↓ | |

Day 2 & 3 イメンドCap (80mg) 1Cap/回 ※午前中に投与すること
Day 2～4 デキサトロン錠 (4mg) 2錠/2x (朝・昼食後) 3日間

| | | |
|--------|-----|-----|
| 注意事項など | 確認者 | 監査者 |
| | | |