

ID:	=患者情報!B1			(EC [EPI + CPA]) 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	1	週 投与	2	週 休薬	診療科				
	備考	週1回 4クール		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 checked="" type="checkbox"/> 術前 <input checked="" type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発			告知の有無	P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済		
	<input type="checkbox"/>	身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00	m ²	
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。 <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>						<input type="checkbox"/> HBs抗原		
							<input type="checkbox"/> HBs抗体		
						<input type="checkbox"/> HBc抗体			

薬品名	単位	薬品名	単位	エピルピシ注 設定: 900mg/m ²	外来 化療 加算	<input checked="" type="checkbox"/> A
EPI 60~100	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	CPA 500~600	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	エピルピシ注 上限量 (目安) 0 mg		<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	エピルピシ注 (EPI)	mg	D.I.V	5分
	生食液 (50mL)	50mL		
④	シクロホスファミド注 (CPA) [エンドキサン]	mg	D.I.V	30分
	生食液 (250mL)	250mL		

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	↓			↓		

注意事項など
 エピルピシ注は総投与量限界量があるので注意すること。
 ※総投与量として900mg/m²を超えるとうっ血性心不全を起こすことが多くなる