

ID:	=患者情報!B1				( Weekly パクリタキセル ) 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	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	
		身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00 m <sup>2</sup>	
薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算				
PTX 60~80	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body					<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外				
<b>重要</b>	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										

## 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	レスタミンコーワ錠 (10mg)	5錠	P.O	パクリタキセル投与30分前までに内服
②	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		
③	パクリタキセル注 (PTX)	<span style="border: 2px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 20px;"></span> 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	↓	↓	↓	↓		