

|       |  |          |          |                       |       |                                  |
|-------|--|----------|----------|-----------------------|-------|----------------------------------|
| ID:   | =患者情報!B1   |          |          | ( dose-dense PTX ) 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     | 1        | 週 休薬                  | 診療科   |                                  |
|       | 備考   | 週1回 4クール |          | 医師名                   |       |                                  |
| 適応基準  | <input type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line以降<br><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 |
|       |  | 身長       | cm       | 体重                    | kg    | 体表面積 0.00 m <sup>2</sup>         |

|           |   |                                |
|-----------|---|--------------------------------|
| <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 |

| 薬品名     | 単位  | 薬品名 | 単位 | 薬品名 | 単位 | 外来化療加算  |
|---------|---|-----|----|-----|----|---|
| PTX 175 | <input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> mg/body |     |    |     |    | <input checked="" type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> B<br><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           |
|----|-----------------|--|-------|--------------------|
| ①  | レスタミンコワ錠 (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)  | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> mg | D.I.V | 3時間                |
|    | 生食液 (250mL)     | 250mL  |       |                    |

| Day2 |                               |    |      |                               |
|------|-------------------------------|----|------|-------------------------------|
| ①    | ジーラスタ皮下注3.6mg<br>[ベグフィルグラステム] | 1筒 | 皮下投与 | Day1パクリタキセル投与終了後から24時間以上経過した後 |

### 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。

|     |       |       |          |     |     |
|-----|-------|-------|----------|-----|-----|
|     | 1Kur目 | 2Kur目 | 3Kur目    | 確認者 | 監査者 |
| Day | 1 8   | 15 22 | 29 ..... |     |     |
| PTX | ↓     | ↓     | ↓        |     |     |

### 注意事項など