

ID:	=患者情報!B1			<b>( Weekly パクリタキセル [EC followed含む] ) 療法</b>	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 原則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			告知の有無	P S	同意書取得 <input type="checkbox"/> 済			
	<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			身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00

<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、 <b>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。</b>						<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	<input checked="" type="checkbox"/> A
PTX 80	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body						<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
①	レスタミンコーク錠 (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)	<div style="border: 2px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px;"></div> 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。

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

### 注意事項など