

ID:	=患者情報!B1			(dose-dense EC) 療法 [EPI + CPA]	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 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 <input type="checkbox"/> 同意書取得 <input type="checkbox"/> 済
	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	エピルビシン注 上限量 (目安)	設定: 900mg/m ²	外来 化療 加算	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外
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		0 mg		

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	アロリス点滴静注(235mg)	1V	D.I.V	30分
	デキサート注(3.3mg)	9.9mg		
	アロキシ点滴静注バッグ (0.75mg/50mL/袋)	1袋		
②	エピルビシン注(EPI)		D.I.V	5分
	生食液(50mL)	50mL		
③	シクロホスファミド注(CPA) [イントキサン]		D.I.V	30分
	生食液(250mL)	250mL		

Day2				
①	ジーラスタ皮下注3.6mg [ベグフィルグラステム]	1筒	皮下投与	Day1シクロホスファミド投与終了後 から24時間以上経過した後

1Kur目	2Kur目	確認者	監査者
Day 1 8 15 22			
EPI ↓	↓		
CPA ↓	↓		

注意事項など

エピルビシン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