

ID:	=患者情報!B1			(オニバイド+5-FU+LV) 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	2週毎			診療科					
	備考				医師名				
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。 ※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抗原	
								<input type="checkbox"/> HBs抗体	
							<input type="checkbox"/> HBc抗体		
身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m ²	
P S			告知の有無			同意書取得→	<input type="checkbox"/> 済		
							外来 化療 加算	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外	

【投与可能条件】投与予定日に下記の項目を確認し、条件を満たさない場合には投与を延期してください。

種類	程度	種類	程度
好中球数	1,500/mm ³ 以上	血小板数	100,000/mm ³ 以上
発熱性 好中球減少症	好中球数1,500/mm ³ 以上かつ 感染症から回復していること	下痢 その他の副作用	グレード1又はベースライン グレード1又はベースライン

オニバイド注は当院未採用薬のため、「緊急医薬品使用届」の提出が別途必要です。

【UGT1A1遺伝子多型の検査をお願いします】

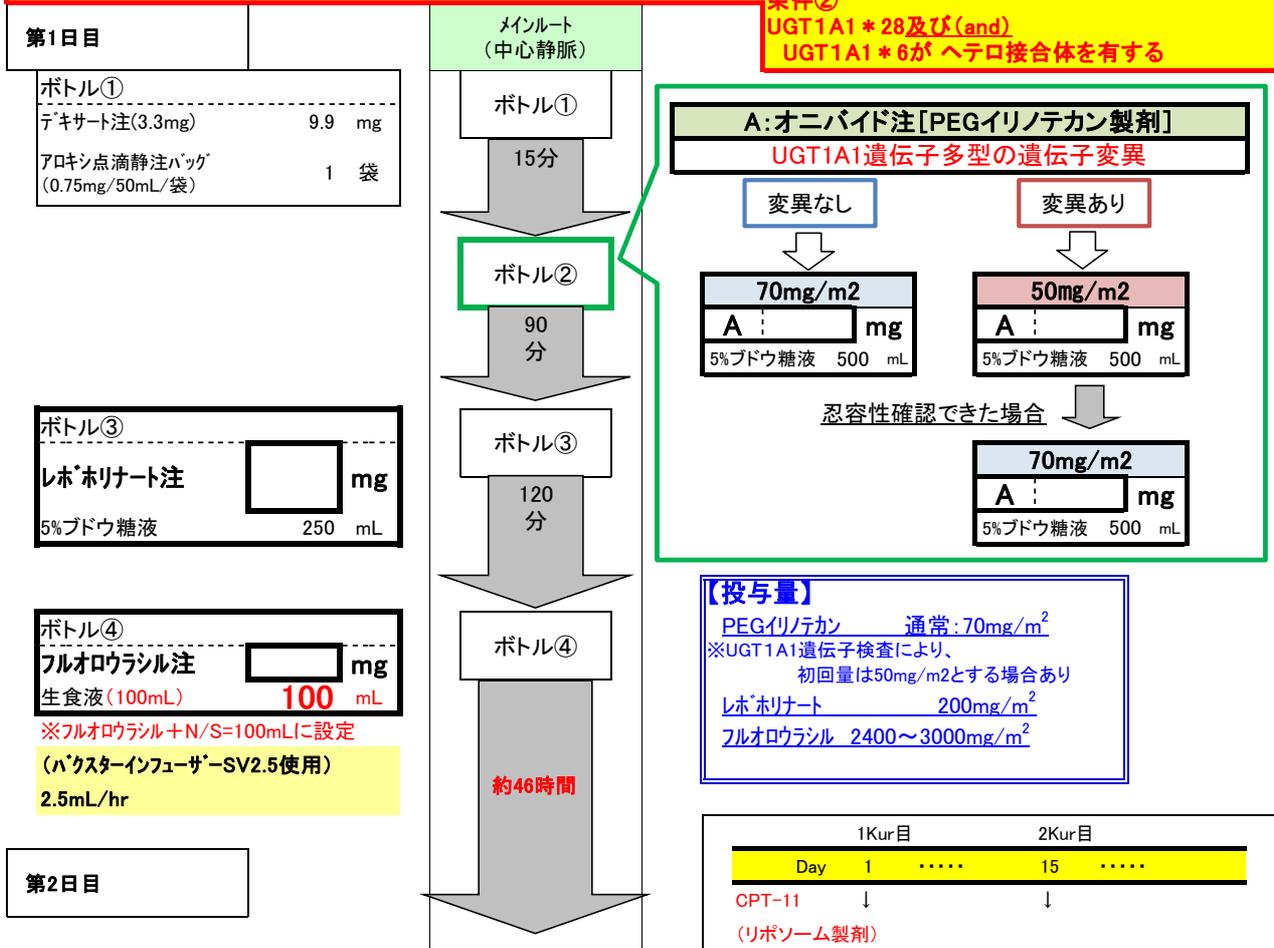
右に示す患者は初回は50mg/m²とし、忍容性が確認できた場合2クール目以降に70mg/m²へ増量できます。

条件①

UGT1A1 * 28若しくは(or)
UGT1A1 * 6が ホモ接合体を有する

条件②

UGT1A1 * 28及び(and)
UGT1A1 * 6が ヘテロ接合体を有する



注意)

ポート埋め込みが完了しているのかを確認すること。

注意事項など

確認者

監査者