

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 type="checkbox"/> 1st Line <input 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 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 ²

薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算
PTX 100	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body					<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外

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
----	--	--

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	レスタミンコウ錠 (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: 50px; 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。

注意事項など

	確認者	監査者

	1コース目				2コース目			
Day	1	8	15	22	29		
PTX	↓	↓	↓	↓				