

ID:	=患者情報!B1			(EC [EPI + CPA]) 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	2	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	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	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。							<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	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
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	アロカリス点滴静注(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)	mg	D.I.V	5分
	生食液(50mL)	50mL		
③	シクロホスファミド注(CPA)	mg	D.I.V	30分
	[エンドキサン] 生食液(250mL)	250mL		

		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