

ID:	=患者情報!B1			(ゲムシタビン + エルロチニブ) 療法				施行日	クール		
患者氏名	=患者情報!B2		殿					入院/外来	入力日	年	月	日
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	開始日	年	月	日				
疾患名					診療科						
クール	ゲムシタビン: 3週投与1週休薬 エルロチニブ: 連日投与				医師名						
適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降			告知の有無	P	S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済			
	<input type="checkbox"/> 術前 <input 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。
 ※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。

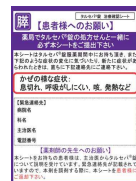
薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外
エルロチニブ 100	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	ゲムシタビン 1,000	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body		

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
経口	タルセバ錠(100mg) [エルロチニブ] (注意)150mg規格: 肺癌の適応無し	100 mg/1x	P.O 食事の1時間以上前 or 食事2時間以降	1回 100 mg
	※1段階減量: 50mg(25mg/錠 2錠)・・・但し25mg規格は当院未採用のため、緊急採用薬使用届が必要となります。			

①	デキサート注(3.3mg)	6.6mg	D.I.V	30分
	グラニセロン点滴静注(3mg/100mL)	1袋		
②	ゲムシタビン注(GEM)	mg	D.I.V	200mL/hr (30分)
	5%ブドウ糖液(100mL)	100mL		

【重要:薬剤師へ】
 院外薬局でタルセバ錠を調剤する際、「治療確認シート(製薬会社提供B7サイズ)」が必要です。
 注意:患者へは①絶対に紛失ないように保管すること、②院外薬局へは毎回提示することと指導して下さい。



	1Kur目		2Kur目				3Kur目				確認者	監査者	
	Day	1	8	15	22	29	36	43	50	57			64	71	.....
ゲムシタビン	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	.....
エルロチニブ	↓	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

注意事項など