

ID:	=患者情報!B1			(ロンサーフ単独) 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	入院/外来	入力日	年	月	日		
疾患名				開始日	年	月	日		
クール	5日間投与2日間休薬 x 2回 その後14日間休薬【4週毎】			診療科					
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 type="checkbox"/> 再発 <input checked="" type="checkbox"/> 2レジメン以上の化学療法を施行された患者 前治療として以下の化学療法施行した患者 フッ化ピリミジン系、白金系、 タキサン系/又はイリノテカン、HER2阻害薬			身長	cm	体重	kg		
						体表面積	0.00	m ²	

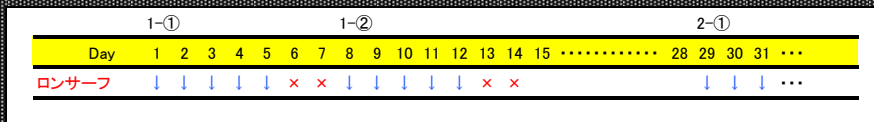
重要 B型肝炎の再活性化 (de novo B型肝炎) 対策として、右記の検査が未実施の場合は、全例スクリーニング対象となります。化学療法開始前or初回投与時に測定して下さい。
 ※詳細については、『化学療法により発生するB型肝炎対策～浦添総合病院バージョン～』をご参照下さい。

薬品名	単位	告知の有無	P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済	外来化療加算	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外
ロンサーフ配合錠	1日量:約70 (1回量:約35)	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body					

レジメン内容

チェック欄	医薬品名 (体表面積別)	1日投与量	1回量
	該当する内容に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。	ロンサーフ配合錠の規格は2種類です。 (15mg規格・20mg規格)	
<input type="checkbox"/>	ロンサーフ配合錠 (トリフルリジン・ヒドラシル塩酸塩)	(~1.07m ² 未満)	70 mg/2x(朝・夕食後) 1回 35 mg
<input type="checkbox"/>	"	(1.07m ² 以上~1.23m ² 未満)	80 mg/2x(朝・夕食後) 1回 40 mg
<input type="checkbox"/>	"	(1.23m ² 以上~1.38m ² 未満)	90 mg/2x(朝・夕食後) 1回 45 mg
<input type="checkbox"/>	"	(1.38m ² 以上~1.53m ² 未満)	100 mg/2x(朝・夕食後) 1回 50 mg
<input type="checkbox"/>	"	(1.53m ² 以上~1.69m ² 未満)	110 mg/2x(朝・夕食後) 1回 55 mg
<input type="checkbox"/>	"	(1.69m ² 以上~1.84m ² 未満)	120 mg/2x(朝・夕食後) 1回 60 mg
<input type="checkbox"/>	"	(1.84m ² 以上~1.99m ² 未満)	130 mg/2x(朝・夕食後) 1回 65 mg
<input type="checkbox"/>	"	(1.99m ² 以上~2.15m ² 未満)	140 mg/2x(朝・夕食後) 1回 70 mg
<input type="checkbox"/>	"	(2.15m ² 以上~)	150 mg/2x(朝・夕食後) 1回 75 mg

減量基準	好中球数	500/mm ³ 未満	減量方法	①コース単位で、1日量として10mg/日単位で減量する。 ②但し、最低投与量は30mg/日までとする。 ③50mg/日の場合は朝20mg、夕30mgとする。
	血小板数	50,000/mm ³ 未満		



確認者	監査者

注意事項など

観察項目	1 コース				2 コース以降			
	1コース開始前	8日目	15日目	22日目	次コース開始前	8日目	15日目	22日目
臨床症状	◎	○	◎	◎	◎	△	◎	△
体重*	◎	△	△	△	◎	△	△	△
PS	◎	△	△	△	◎	△	△	△
バイタルサイン/身体所見	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	△
骨髄・肝・腎機能	◎	○	◎	◎	◎	△	◎	△

◎:必ず実施、○:可能な限り実施、△:異常所見がある場合に実施
 *:1コース開始前と比べて次コース以降の開始前の体重が10%以上減少した場合は、投与量の見直しを考慮する