

ID:	=患者情報!B1			(Weekly PTX + ヘバシズマブ) 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	PTX:3週投与1週休薬 ヘバシズマブ:2週毎 ※4週(28日)を1クールとする。				医師名					
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input 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 <input type="checkbox"/>			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	

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	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
PTX 80~90	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	ヘバシズマブ 10	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <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
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	デキサート注 (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)	<input type="text"/> mg	D.I.V	1時間
	生食液 (250mL)	250mL		
④	ヘバシズマブ注	<input type="text"/> mg	D.I.V	初回 90分 2回目 60分 3回目以降 30分 ※問題なければ時間短縮
	生食液 (100mL)	100mL		

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。

	1Kur目		2Kur目				3Kur目					確認者	監査者
Day	1	8	15	22	29	36	43	50	57	64	71		
PTX	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
ヘバシズマブ	↓		↓		↓		↓		↓		↓		

注意事項など