

NO 2007		レジメン名		EPOCH(裏面指示あり)			
病棟	患者番号	氏名	癌種	ステージ	PS	クール数	指示医師名
年齢		身長	体重		体表面積	GFR(血清クレアチニン値)	
歳		cm	kg		m ²	ml/min (mg/dl)	
【適応がん種】NHL			VP-16/DXR/VCR/CPA		CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
1・エトポシド	50 mg/m ²	DAY1~4	60~	60~禁180	1.5~禁3.1	【病状】 1 全て説明している 2 病名は説明しているが、詳しい病状については説明していない 3 未告知である	
2・ドキシソルビシン	10 mg/m ²	DAY1~4	-	60~	1.5~禁5.1	【治療】 2 抗癌剤による治療・予防と説明 2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明 3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明 4 薬に関しては説明していない 平成20年7月1日 改訂	
3・オンコビン	0.4 mg/m ²	DAY1~4	-	60~禁180	1.5~禁3.1		
(最大2mgまで)							
4・エンドキサン	750 mg/m ²	DAY6	45~	180~	3.1~禁5.1		
5・プレドニン	60 mg/BODY	DAY1~6	WBC基準	HGB基準	PLT基準		
21日(3週)1クール			-	-	-		
NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法		
①	グラニセトロン「NK」1mg		1 本	生食100mL	(DAY1のみ主:13:30~14:00) 11:00~11:30 側・30分で点滴		
②	エトポシド()mg	100mg	本	生食1L	14:00~翌14:00 遮光・③と別ルートで		
③	ドキシソルビシン()mg	10mg	本	生食1L	14:00~翌14:00 主・24時間持続点滴		
	オンコビン()mg	1mg	本		遮光・②と別ルートで		
④	グラニセトロン「NK」1mg		1 本	生食100mL	20:00~20:30 ③ドキシソルビシンの側・30分で点滴		
⑤	生食50mL		1 本		②エトポシド終了後~ 主・全開で点滴		
⑥	生食50mL		1 本		③ドキシソルビシン終了後~ 主・全開で点滴		
⑦	エンドキサン()mg	500mg 100mg	本 本	5%ブドウ糖500mL	11:00~13:00 主・2時間で点滴		
⑧	ハルトマンPH8 500mL		1 本		13:00~16:00 主・3時間で点滴		
【看護師注意事項】ODAY1~4の点滴セットはJMS社製JY-PFC341F7を使用							
【薬剤部注意事項】.....▲遮光バック添付!!							
★12万円/21日1クール				★96時間30分/30分・30分/6時間/2時間30分・30分/2時間			
月日	うら面オーダー必要			指示医	受け	うら面確認必要	
	①②③④		DAY1				
	①②③④		DAY2				
	①②③④		DAY3				
	①②③④⑤⑥		DAY4				
	休み		DAY5				
	⑦⑧		DAY6				

医師指示表			
月日	指示事項	指示者名	受領者名
	DAY1~14 【注1:下記はオーダーでの投薬必要】	↓	
	プロスター-M10mg ()錠 () 14日分		
	バクタ ()錠 () 14日分		

★科内パスライクセット 【Chemo207】 (パス適応開始日は治療初日DAY1)			
	DAY1~6	↓	
	プレドニン 5mg 12錠 朝昼食後 (6-6-0) 6日分 飲みきり終了		
	DAY5~7	↓	
	①グラニセトロン「NK」1mg1本+生食100mL 1日2回(午前と午後) 30分で点滴 3日間		
	DAY7. 8	↓	
	ハルトマンPH8 500mL 1日1回(午前) 2時間で点滴 2日間		

備考	
【医師注意事項】	
<input type="checkbox"/> 初回投与前および4コース毎に心エコーによるEFの評価を行う <input type="checkbox"/> DXRの累積投与量は500mg/m ² 以下とする(通常10コース) <input type="checkbox"/> コントロール不良のDM、活動性の消化性潰瘍、HBV陽性の場合PSL中止とする <input type="checkbox"/> PSLの離脱症状が認められた場合は次回より6日め以降に漸減していく <input type="checkbox"/> 腫瘍量の多い場合治療開始1ヶ月間ノイファン2錠/日を併用する <input type="checkbox"/> 血小板2万、Hgb7gを保持できるよう必要に応じて輸血を行う	
【2コース以降の投与量調節規定】	
<input type="checkbox"/> 以下の場合CPA、DXR、VP-16の投与量を前回の75%に減ずる 1) 3日以上続く白血球数1000未満かつ好中球数500未満 2) 血小板2万未満 3) 敗血症、3日以上持続する38度以上の重症感染症 4) 出血症状がみられるとき <input type="checkbox"/> 肝酵素異常を伴いT-Bilが1.5~3mg/dlに上昇→DXR投与量を75%に減量(1コース毎判定) <input type="checkbox"/> 肉眼的血尿以上の出血性膀胱炎が出現した場合→回復を確認し、次コースより支持療法を強化した上でCPAを前回75%量に減ずる <input type="checkbox"/> グレードⅡ(他覚的な知覚神経消失あるいは疼痛、脱力、便秘)→VCRを50%に減ずる グレードⅢ以上(日常生活に支障をきたす他覚的脱力、知覚神経異常、腸閉塞)→以後のVCRを中止する <input type="checkbox"/> 不整脈、心うっ血、心外膜炎の場合はグレードⅡ以上でDXR中止する 心機能(心駆出率)の場合はグレードⅢ(軽度の心不全症状)でDXR中止する <input type="checkbox"/> DM, 消化性潰瘍コントロール困難な場合→以後のPSLを中止する	