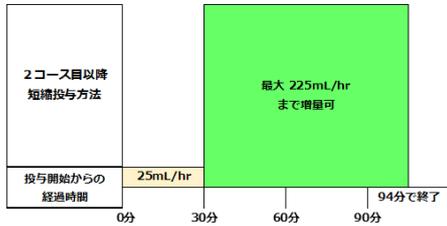


NO 2072		レジメン名 G-CHOP		【7-8コース目用】								
病棟	患者番号	氏名	癌種	ステージ	PS	クール数	指示医師名					
			年齢	身長	体重	体表面積	GFR(血清クレアチニン値)					
			歳	cm	kg	m²	ml/min (mg/dl)					
【適応がん種】CD20陽性の濾胞性リンパ腫 CPA/DXR/VCR/PSL/OBZ				CCr補正	GOT補正	T-Bil補正	【病状】 1 全て説明している 2 病名は説明しているが、詳しい病状については説明していない 3 未告知である 【治療】 1 抗癌剤による治療・予防と説明 2 抗癌剤と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					
1 オビヌツズマブ 1000 mg/body DAY1				45~	180~	3.1~禁5.1						
				-	60~	1.5~禁5.1						
				-	60~禁180	1.5~禁3.1						
				-	-	-						
★ TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要 21日(3週)1クール				WBC基準	HGB基準	PLT基準						
				-	-	-						
NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法							
①	ロキソプロフェン1錠・ポララミン2錠	内服	(前投与 オアダー不要)		③投与30分前に内服							
②	デキサート6.6mg		3 本	生食50mL	30分で投与							
③	ガザイバ()mg	1000mg	1 本	生食250mL ★全量で250mLになるよう調整	②終了後~ 別紙の点滴速度で							
④	生食 50mL		1 本		③終了後~全開で投与							
【投与速度】 別紙参照												
【医師注意点】 <input type="checkbox"/> 腫瘍量多い場合はアロプリノール投与を考慮する												
【看護師注意点】 <input type="checkbox"/> 投与開始~終了1時間後までバイタルチェックを行う <input type="checkbox"/> インフュージョン・リアクション発症時は一旦中止とし、速やかに主治医へ報告し指示を仰ぐ <input type="checkbox"/> ガザイバは強く揺らさない <input type="checkbox"/> 投与30分前 ロキソプロフェン1錠、ポララミン2錠 服薬確認												
★21日1クール								202206作成				
月日	指示			指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①②③④			DAY1								
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ヶ月間アロプリノール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												

【点滴速度】

- 1コース目でインフュージョンリアクションがなかった場合は、2コース目以降から短縮投与が可能。ただし**必ず 25mL/hrの投与速度から開始し**、30分後からは **最大 225mL/hr** まであげることができる。



- インフュージョンリアクションが発現した場合、Grade1 以下になるまで休薬する。
- 症状が改善した場合は、**中断前の半分以下の速度** かつ **100mL/hr 以下** の投与速度で再開する。
- 再開後もインフュージョンリアクションの再発がなかった場合は、Grade2のインフュージョンリアクションであれば**最大225mL/hr**まで。Grade3であれば**慎重に100mL/hr**まで投与速度をあげることができる。

