

| NO 4121                                  |                                    | レジメン名                |                     | FP          |                   |                |   |    |    |    |
|--|------------------------------------|----------------------|---------------------|-------------|-------------------|----------------|---|----|----|----|
| 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 <sup>2</sup> | ml/min<br>(mg/dl)   |    |    |    |
| 【適応がん種】 食道がん                             |                                    |                      |                     | CCr補正       | GOT補正             | T-Bil補正        | 【病状】<br>1 全て説明している<br>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<br>3 未告知である<br>【治療】<br>1 抗癌剤による治療・予防と説明<br>2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明<br>3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明<br>4 薬に関しては説明していない<br>平成20年7月1日 改訂 |    |    |    |
| 1・フルオロウラシル 800 mg/m <sup>2</sup> DAY 1~5 |                                    |                      |                     | 60~禁30      | 180~ND            | 3.1~禁5.1       |   |    |    |    |
| 2・シスプラチン 80 mg/m <sup>2</sup> DAY 1      |                                    |                      |                     | 30~         | -                 | 禁5.1           |   |    |    |    |
| 21日(3週)1クール                              |                                    |                      |                     | WBC基準       | HGB基準             | PLT基準          |   |    |    |    |
|  |                                    |                      |                     | 2000        | 8                 | 75000          |   |    |    |    |
|  |                                    |                      |                     | GOT基準       | T-Bil基準           | Scr基準          |   |    |    |    |
|  |                                    |                      |                     | 150         | 3                 | 1.5            |   |    |    |    |
| NO                                       | 薬品1                                | 規格                   | 本数                  | 薬品2(規格本数)   | 時間・投与方法           |                |   |    |    |    |
| ①  | アプレピタント125mg内服(day2~3は80mgを午前中に内服) |                      |                     |             |                   |                |   |    |    |    |
| ②  | パロノセトロンバック                         |                      | 1 本                 |             | アプレピタント内服後~全開     |                |   |    |    |    |
| ③  | デキサメタゾン<br>アスパラギン酸カリウム<br>硫酸マグネシウム |                      | 1.5 本<br>2 本<br>1 本 | デノサリン500mL  | パロノセトロン終了後~1時間で点滴 |                |   |    |    |    |
| ④  | マンニトール 300mL                       |                      | 1 本                 |             | デキサメタゾン終了後~30分で点滴 |                |   |    |    |    |
| ⑤  | シスプラチン( )mg                        | 50mg<br>25mg<br>10mg | 本<br>本<br>本         | 【生食250mL】   | マンニトール終了後~1時間で点滴  |                |   |    |    |    |
| ⑥  | ヴィーンF500mL                         |                      | 1 本                 |             | シスプラチン終了後~1時間で点滴  |                |   |    |    |    |
| ⑦  | ヴィーンF500mL                         |                      | 1 本                 |             | ヴィーンF終了後~1時間で点滴   |                |   |    |    |    |
| ⑧  | デノサリン500mL                         |                      | 1 本                 |             | ヴィーンF終了後~1時間で点滴   |                |   |    |    |    |
| ⑨  | デキサメタゾン                            |                      | 1 本                 | 生食50mL      | 全開で点滴             |                |   |    |    |    |
| ⑩  | フルオロウラシル( )mg                      | 1000mg               | 本                   | 5%ブドウ糖500mL | 24時間持続・ポンプ使用      |                |   |    |    |    |
| ⑪  | 生食50mL                             |                      | 1 本                 |             | day5治療薬終了後~全開で点滴  |                |   |    |    |    |
| 202107作成                                 |                                    |                      |                     |             |                   |                |   |    |    |    |
| 月日                                       | うら面オーダー必要                          |                      | 指示医                 | 受け          | うら面確認必要           |                | 製   | 調監 | 前確 | 実施 |
|  | ①~⑧                                | ⑩                    | DAY1                |             |                   |                |   |    |    |    |
|  | ①                                  | ⑨⑩                   | DAY2                |             |                   |                |   |    |    |    |
|  | ①                                  | ⑨⑩                   | DAY3                |             |                   |                |   |    |    |    |
|  |                                    | ⑨⑩                   | DAY4                |             |                   |                |   |    |    |    |
|  |                                    | ⑨⑩⑪                  | DAY5                |             |                   |                |   |    |    |    |

| 医師指示表 |   |      |      |
|-------|---|------|------|
| 月 日   | 指 示 事 項                                     | 指示者名 | 受領者名 |
|       | シスプラチン投与日 1日2回 尿量測定                         | ↓    |      |
|       | ①レジメンの点滴開始からの5時間 ②その後の5時間                   |      |      |
|       | ↓   |      |      |
|       | CDDP当日……………上記5時間の尿量が500mL以下の場合ラシックス40mg1錠内服 |      |      |
|       |   |      |      |

| ★院内セットメニュー 【高度催吐性リスクレジメン】              |                 |      |              |     |  |
|--|-----------------|------|--------------|-----|--|
|  | DAY 2～4(翌日から内服) |      |              |     |  |
|  | デカドロン(0.5mg)    | 16錠  | 分2～分3        | 3日分 |  |
|  | アプレピタント(80mg)   | 1Cap | 朝食後          | 2日分 |  |
|  | 吐気時(必要に応じて処方)   |      |              |     |  |
|  | メクロプラミド錠        | 1回2錠 | 10回分(1日3回まで) |     |  |
| 備考                                     |                 |      |              |     |  |
| 【延期基準】                                 |                 |      |              |     |  |
| □白血球2000未満…好中球1000未満…血小板7.5万未満…HGB8g未満 |                 |      |              |     |  |
| □GOT、GPT150以上…T-Bil 3mg/dl以上           |                 |      |              |     |  |
| □クレアチニン1.5mg/dl以上                      |                 |      |              |     |  |