

NO	5042	レジメン名	PLD(ドキシル)-BV							
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】 卵巣がん		PLD/BV	CCr補正	GOT補正	T-Bil補正					
1・ドキシル 40 mg/m ² DAY1					1.2-3.0					
2・ベバシズマブ 10 mg/kg DAY1.15					-50%					
★ドキシルピシシとして500mg/m ² 未満 (シクロホスファミドなどの併用歴のある症例は400mg/m ² 未満) 300mg/m ² 、400mg/m ² overはクール毎に心機能評価					>3.0					
28日(4週)1クール					-75%					
		WBC基準	HGB基準	PLT基準						
		Neu1500	-	75000						
					【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21年5月27日 改訂					
NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法					
①	デキサメタゾン 6.6mg		1 本	★5%ブドウ糖液50mL	15分で点滴					
②	ドキシル()mg	20mg	本	<input type="checkbox"/> ドキシル90mg未満 5%TZ 250mL	①終了後～					
				<input type="checkbox"/> ドキシル90mg以上 5%TZ 500mL	90分で点滴(1mg/分)					
③	5%ブドウ糖液 100mL		1 本		②ドキシル終了後～ 30分で点滴					
④	生食50mL		1 本		③5%TZ終了後～ 全開で点滴					
⑤	アバステン()mg	400mg 100mg	本 本	生食100mL	30分で点滴					
⑥	生食50mL		1 本		⑤アバステン終了後～ 主・全開で投与					
【1. 原則禁忌】 ●脳転移患者(脳出血のおそれ)、喀血(2.5mL以上の鮮血)既往患者										
【2. 投与前必須検査】 ●投与前・後に血圧測定 BP180/120を超える場合は主治医へ報告 ●アバステン検査セット (●血液算定●T-Bil●GOT●GPT●ALP●ALB●Scr●CRP●尿蛋白測定●PT-INR●A PTT●フィブリノーゲン●D-ダイマー)										
備考										
警告！ドキシルピシシとして総投与量300mg/m ² を越えた時点と、400mg/m ² を超えたらクール毎に心機能評価を考慮！										
【投与可能条件】 ①好中球1500以上 ⇒ 500未満を経験した場合、再投与の際は25%の減量を考慮する。 ②血小板75,000以上 ⇒ 25,000未満を経験した場合、再投与の際は25%の減量を考慮する。 ③手足症候群；添付文書参照 ⇒ gradeに依りて、最長2週間の投与延期。再開時には25%の減量を考慮する。 ④口内炎；添付文書参照 ⇒ gradeに依りて最長2週間の投与延期。再開時には25%の減量を考慮する。 ⑤血清ビリルビン値(副作用) ⇒ 1.2～3.0mg/dLの場合は25%減量し投与。 3.0mg/dL以上の場合は因果関係により中止あるいは50%減量。 ⑥その他の副作用 ⇒ grade3以上が発現した場合は最大2週間延期、再投与の際は25%の減量を考慮する。										
【看護師注意点】 <input type="checkbox"/> infusion reaction発現の危険性を最小限にするため、点滴時間を厳守すること。 <input type="checkbox"/> ほてり、潮紅、呼吸困難、胸部不快感、熱感、悪心、息切れ、胸部および咽喉の絞扼感、血圧低下などの急性の infusion reaction 発症時は一旦投与中止し、速やかに主治医へ報告し指示を仰ぐこと。 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプを使用すること。										
【禁止項目】 <input type="checkbox"/> フィルター有り輸液セット使用しないこと！！										
月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①②③④⑤⑥	DAY1								
	④⑤⑥	DAY15								