

NO **7022** レジメン名 **Weekly CDDP (40mg/m²)+RT★2時間★**

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】 頭頸部がん 1・シスプラチン 40 mg/m ² DAY 1 7日1クール	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
	60～禁30	180～ND	3.1～禁5.1	
	30～	-	禁5.1	
	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・投与法
	デキサート		1.5 本		
①	アスパラギン酸カリウム 硫酸マグネシウム		2 本 1 本	デノサリン500mL	2時間で点滴
②	パロノセトロンバック		1 本		【側管】①終了後～全開
③	生食250mL		1 本		【側管】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		①終了後～メインから 1時間で点滴
⑤	シスプラチン()mg	50mg 25mg 10mg	本 本 本	【生食500mL】	マンニトール終了後～ 2時間で点滴
⑥	ヴィーンF500mL		1 本		シスプラチン終了後～ 3時間で点滴
⑦	ヴィーンF500mL		1 本		ヴィーンF終了後～ 3時間で点滴
⑧	デノサリン500mL		1 本		ヴィーンF終了後～ 2時間で点滴

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	DAY1		

★院内セットメニュー 【Chemo CDDP】	
吐気時(必要に応じて処方)	
メトクロプラミド錠	1回2錠 10回分(1日3回まで)
	備考

【延期基準】
<input type="checkbox"/> 白血球2000未満・・・好中球1000未満・・・血小板7.5万未満・・・HGB8g未満
<input type="checkbox"/> GOT、GPT150以上・・・T-Bil 3mg/dl以上
<input type="checkbox"/> クレアチニン1.5mg/dl以上