

NO 4135 レジメン名 CDDP/S1(3-1or2)(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】 MK・NSCLC 1・シスプラチン 60 mg/m ² DAY8 2・TS-1 80 mg/m ² 3週服用 1~2週休み(胃がん) (最大120mg/BODY) 3週服用 2週休み(肺がん) 28日~35日(4週~5週)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 | |
| | 80~禁30 | 60~禁150 | 2.4~禁3 | |
| | | | | |
| | 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

| | | | |
|--------------|--|----------------------------|-----------------------------------|
| A | ティエスワン 80mg/BODY (20mg)4Cap | 朝夕食後(2-0-2) | 21日分 |
| ① | B ティエスワン100mg/BODY (25mg)4Cap | 朝夕食後(2-0-2) | 21日分 |
| | C ティエスワン120mg/BODY (20mg)6Cap | 朝夕食後(3-0-3) | 21日分 |
| オーダー(処方箋)で投薬 | | 3週間服用 1~2週間休み | |
| ② | イメンド125mg内服 | | |
| ③ | アロキシバック | 1 本 | イメンド内服後~全開 |
| ④ | デキサメタゾン 6.6mg アスパラギン酸カリウム 硫酸マグネシウム | 1.5 本 2 本 1 本 | デノサリン500mL 1時間で点滴 |
| ⑤ | マンニトール 300mL | 1 本 | デキサート終了後~ 30分で点滴 |
| ⑥ | シスプラチン()mg | 50mg 本 25mg 本 10mg 本 | 【生食250mL】 マンニトール終了後~ 1時間で点滴 |
| ⑦ | ヴィーンF500mL | 1 本 | シスプラチン終了後~ 1時間で点滴 |
| ⑧ | ヴィーンF500mL | 1 本 | ヴィーンF終了後~ 1時間で点滴 |
| ⑨ | デノサリン500mL | 1 本 | ヴィーンF終了後~ 1時間で点滴 |

★11万円/28~35日1クール ★5時間30分 200807更新

| | | | | | | | | | | |
|----|-----------|-----|----|---------|---|---|---|---|---|----|
| 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 | | | | | | | | | |
| | ②~⑨ | | | | | | | | | |
| | 休み | | | | | | | | | |
| | 休み | | | | | | | | | |
| | (休み) | | | | | | | | | |

| 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 【Chemo CDDP】 | | | | | | |
|-------------------------|----------------------|------|---------------|---|--|-----|
| | DAY 2~4 (CDDP翌日から内服) | | | ↓ | | |
| | デカドロン(0.5mg) | 16錠 | 毎食後(朝6-昼6-夕4) | | | 3日分 |
| | イメンド(80mg) | 1Cap | 朝食後 | | | 2日分 |
| | 吐気時(必要に応じて処方) | | | | | |
| | プリンペラン錠 | 1回2錠 | 10回分(1日3回まで) | | | |

| 備考 |
|---|
| <p>【延期基準】</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>GOT、GPT150以上・・・T-Bil 3mg/dl以上</p> <p><input type="checkbox"/>クレアチニン1.5mg/dl以上</p> |