

NO	9026	レジメン名	GEM/CBDCA(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】 尿路上皮K		GEM/CBDCA		CCr補正	GOT補正	
1・ゲムシタビン 1000 mg/m ² DAY1. 8				-	-	
2・カルボプラチン AUC5 DAY1		【カルバートの式: CBDCA量(mg) = (GFR+25) × AUC】		カルバート使用	-	
21日(3週)1クール		WBC基準	HGB基準	PLT基準		
		3000	-	10000		
1 ゲムシタビン 1000 mg/m ² ×		m ² =		mg	mg/BODY	
2 カルボプラチン				mg	mg/BODY	
NO 薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法		
① アロキシバック		1 本		全開で点滴		
②	デキサメタゾン 6.6mg	1 本	生食50mL	15分で点滴		
	グラニセトロン「NK」1mg(Day8のみ)	1 本				
③	ゲムシタビン()mg	1000mg 本	5%ブドウ糖100mL	デキサメタゾン終了後～ 必ず30分で点滴		
		200mg 本				
④	カルボプラチン「NK」()mg	450mg 本	▲5%ブドウ糖250mL	②ゲムシタビン終了後～ 1時間で点滴		
		150mg 本				
		50mg 本				
⑤	生食50mL	1 本		ゲムシタビンあるいはカルボプラチン終了後～ 全開で点滴		
★12万円/21日1クール			★2時間/45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		
		①②③④⑤	DAY1			
		②③ ⑤	DAY8			
		休み	DAY15			

医師指示表			
月日	指示事項	指示者名	受領者名
	DAY 1		
	糖尿病ある場合、BS3検、インスリンスケール実施		
	DAY 8		
	白血球2000以下または血小板70000未満の場合、中止		

★科内パスライクセット 【Chemo926】 (パス適応開始日は治療初日DAY1)			
月日	指示事項	指示者名	受領者名
	DAY 8		
	化学療法前検血 (至急)……主治医へ報告		

備考			
DAY8は血液算定確認後投与する			