



医師指示表			
月日	指示事項	指示者名	受領者名
★科内パスライクセット 【Chemo213】 (パス適応開始日は治療初日DAY1)			
	<b>DAY9~12</b>		
	①デキサメタゾン(6.6mg)5本+5%ブドウ糖250mL 1日1回(午前中に) 1時間で点滴 4日間		
	<b>DAY17~20</b>		
	①デキサメタゾン(6.6mg)5本+5%ブドウ糖250mL 1日1回(午前中に) 1時間で点滴 4日間		

備考	
<p>【医師注意事項】</p> <p><input type="checkbox"/>高用量のステロイドを使用するためPPIやH2ブロッカーの併用を考慮する</p> <p><input type="checkbox"/>腫瘍量の多い症例では1ヶ月間、アロプリノール200mg/DAY併用する</p> <p><input type="checkbox"/>感染予防のために治療開始日よりバクタ2錠/DAY併用する</p> <p><input type="checkbox"/>PLT2万以下にならないように血小板輸血をHGBがなるべく7g以下にならないように赤血球輸血を行う</p> <p><input type="checkbox"/>デキサメタゾンはインスリンコントロールできないDM、活動性の消化性潰瘍、HBV陽性の場合は投与しない</p> <p><input type="checkbox"/>①WBC1000以下、②PLT5万以下、③38℃以上の発熱、①~③3日以上続くが起きた場合はDXRの量を75%に減量する</p> <p><input type="checkbox"/>神経毒性がグレードⅡの時はVCRを50%量に、グレードⅢ以上の場合は中止する</p>	