

NO 1033		レジメン名		FP(食道がん)			
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 <sup>2</sup>	ml/min (mg/dl)	
【適応がん種】ESO K				5FU/CDDP	CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
1・フルオウラシル 800 mg/BODY程度 DAY1～5				30～	-	禁5.1	
2・シスプラチン 100 mg/BODY程度 DAY1				60～禁30	180～	3.1～禁5.1	
【参考資料・・国立がんセンター中央HPLレジメン】				WBC基準		HGB基準	PLT基準
フルオウラシル 800mg/m <sup>2</sup> DAY1～5							
CDDP 80mg/m <sup>2</sup> DAY1							
28日(4週)1クール							
21～28日(3～4週)1クール							
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(day1はアロキシ)			1 本	生食50mL		全開で点滴	
② フルオウラシル( )mg		1000mg	本	ソルデム3A500mL		デキサート終了後～ 主・24時間持続点滴 ポンプ使用！！	
③ イメンド125mg内服							
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 25mg 10mg	本 本 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			ヴィーン終了後～ 1時間で点滴	
⑨ デノサリン500mL			1 本			ヴィーン終了後～ 1時間で点滴	
⑩ 生食50mL			1 本			①フルオウラシル持続終了後～ 主・全開で点滴	
★5万円/21～28日1クール				★120時間		200807更新	
月日	指示			指示医	受け	監査	払い 払監 調製 調監 前確 実施
	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨ DAY1						
	①② DAY2						
	①② DAY3						
	①② DAY4						
	①② ⑩ DAY5						

## 外来・入院

指示日;      年    月    日

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 2～3 (CDDP翌日から内服)			
	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)	

次クール予定日【

)