

NO 1101 レジメン名 Triweekly CDDP(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】 頭頸部がん 1・シスプラチン 100 mg/m ² DAY 1 21日(3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
	51~59 75mg			
	41~50 50mg			
	40以下 中止			
	WBC基準	HGB基準	PLT基準	
	GOT基準	T-Bil基準	Scr基準	

NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
①	イメンド125mg内服				
②	アロキシバック		1 本		イメンド内服後～全開
③	デキサート 6.6mg		1.5 本	デノサリン500mL	1時間で点滴
	アスパラギン酸カリウム 硫酸マグネシウム		2 本 1 本		
④	マンニトール 300mL		1 本		デキサート終了後～ 30分で点滴
⑤	シスプラチン()mg	50mg	本	【生食250mL】	マンニトール終了後～ 1時間で点滴
		25mg	本		
		10mg	本		
⑥	ヴィーンF500mL		1 本		シスプラチン終了後～ 1時間で点滴
⑦	ヴィーンF500mL		1 本		ヴィーンF終了後～ 1時間で点滴
⑧	デノサリン500mL		1 本		ヴィーンF終了後～ 1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						
	裏面指示あり	DAY1. 2						

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】						
	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>