

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

(2_weeks):Nivolumab療法(術後補助療法)プロトコール(every 2 weeks)
 day1.....15
 ↓ next in→
 Nivolumab(オプジーボ) 240mg/body

<疾患名>
 尿路上皮がん(術後補助療法)
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 オプジーボ
 mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

[]

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴メイン:ルート確保用)	100mL	× 1B
2) オプジーボ 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	240mg/24mL 50mL	× ()V ×1B
3) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B

[]

[]

[]

[]

III. 化学療法剤投与量算出

<Nivolumab投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Nivolumab(オプジーボ)投与量(mg/body)
 = 240mg/body × (%)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
 ・インラインフィルター(0.2~0.22μm)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・本レジメンは、4週毎のオプジーボによる術後補助療法と合わせて、投与開始から12ヶ月間治療予定。

主治医
[]

薬剤師
[]

薬剤師
[]

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID	@PATIENTID
生年月日	@PATIENTBIRTH3
患者氏名	@PATIENTNAME
性別	@PATIENTSEXN
年齢	@PATIENTAGEFORMATTED

(3_weeks):Pembrolizumab療法(尿路上皮がん)プロトコール(every 3 weeks)	
Pembrolizumab(キイトルーダ) 200mg/body	day1..... 22 ↓ next in→

<疾患名>
尿路上皮がん(進行・再発)
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日
 <前コースの投与量>
 キイトルーダ _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

--

--

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴メイン:ルート確保用)	100mL	× 1B
2) キイトルーダ 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	100mg/4mL 100mL	× ()V ×1B
3) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B

--

--

--

--

III. 化学療法剤投与量算出

<Pembrolizumab投与量>	
<input type="checkbox"/> 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)	
身長(cm)	体重(Kg)
体表面積(m ²)	
Pembrolizumab(キイトルーダ)投与量(mg/body)	
= 200mg/body × (%)	

<備考欄>
・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をキイトルーダ投与1時間前に内服する。
・インラインフィルター(0.2~5μm)を使用すること。
→JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

(4_weeks):Nivolumab療法(術後補助療法)プロトコール(every 4 weeks)
 day1.....29
 ↓ next
 Nivolumab(オプジーボ) 480mg/body in→

<疾患名>
 尿路上皮がん(術後補助療法)
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 オプジーボ
 mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

[]

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴メイン:ルート確保用)	100mL	× 1B
2) オプジーボ 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	240mg/24mL 50mL	× ()V X1B
3) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B

[]

[]

[]

[]

III. 化学療法剤投与量算出

<Nivolumab投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Nivolumab(オプジーボ)投与量(mg/body)
 =480mg/body × (%)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
 ・インラインフィルター(0.2~0.22μm)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・本レジメンは、2週毎のオプジーボによる術後補助療法と合わせて、投与開始から12ヶ月間治療予定。

主治医
 []

薬剤師
 []

薬剤師
 []

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

(4_weeks):Nivolumab療法(腎細胞がん)プロトコール(every 4 weeks)
 day1.....29
 ↓
 Nivolumab(オプジーボ) 480mg/body
 next in→

<疾患名>
腎細胞がん(進行・再発)
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 オプジーボ
 mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴メイン:ルート確保用)	100mL	× 1B
2) オプジーボ 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	240mg/24mL 50mL	× ()V X1B
3) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B

()

III. 化学療法剤投与量算出

<Nivolumab投与量>
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Nivolumab(オプジーボ)投与量(mg/body)
 =480mg/body × (%)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
 ・インラインフィルター(0.2~0.22μm)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

(6_weeks):Pembrolizumab療法(尿路上皮がん)プロトコール(every 6 weeks)
 day1 43
 ↓ next in→
 Pembrolizumab(キイトルーダ) 400mg/body

<疾患名>
尿路上皮がん(進行・再発)
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 キイトルーダ
 mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

[]

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴メイン:ルート確保用)	100mL	× 1B
2) キイトルーダ 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	100mg/4mL 100mL	× ()V ×1B
3) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B

[]

[]

[]

[]

III. 化学療法剤投与量算出

<Pembrolizumab投与量>
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Pembrolizumab(キイトルーダ)投与量(mg/body)
 =400mg/body × (%)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をキイトルーダ投与1時間前に内服する。
 ・インラインフィルター(0.2~5μm)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

Avelumab(Axitinib併用)療法プロトコル(every 2 weeks)

day1..... 15
 ↓ next
 ← in →

Avelumab(バベンチオ) 10mg/kg
 Axitinib(インライタ) 4~20mg/day
 朝・夕食後で連日服用
 (状態に応じて適宜増減)

<疾患名>
腎細胞がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 バベンチオ mg
 インライタ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

[]

第1日目

[]

薬剤名	規格	数量
1) ポララミン	5mg/1mL	× 1A
アセリオ	1000mg/100mL	60mL
(持続点滴メイン:0.5時間)		
2) バベンチオ	200mg/10mL	× ()V
生食	250mL	X1B
(持続点滴メイン:1時間)		
3) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴メイン:全開でフラッシュ用)		

[]

[]

[]

(漸増例)

- ①1回5mg、1日2回 2週間連続
↓(忍容性問題ない場合)
- ②1回7mg、1日2回 2週間連続
↓(忍容性問題ない場合)
- ③1回10mg、1日2回 (最大投与量)

インライタ錠 5mg X()錠/日
 or インライタ錠 1mg X()錠/日
 (朝・夕食後で連日内服)

III. 化学療法剤投与量算出

<Avelumab・Axitinib投与量>
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長()cm 体重()Kg
 体表面積()m²
 Avelumab(バベンチオ)投与量()mg/body
 =10mg/kg × ()%
 Axitinib(インライタ)投与量()mg/body
 =10mg/day(開始用量) × ()%

<備考欄>

・バベンチオ:0.2μmのインラインフィルターを使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・5コース目以降は、インフュージョンリアクションのリスクを考慮した上で、ポララミン、アセリオの使用は任意で良い。
 ・インライタ:現行用量で2週間連続投与し、本剤に忍容性が認められる場合に漸増することができる。(上記漸増例参照)
 ただし、最大投与量は1回10mg、1日2回までとする。
 ・減量基準:1段階減量:6mg/day 分2、2段階減量:4mg/day 分2

主治医
[]

薬剤師
[]

薬剤師
[]

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

Avelumab療法(尿路上皮がん)プロトコール(every 2 weeks)
 Avelumab(バベンチオ) 10mg/kg day1..... 15
 ↓ next in→

<疾患名>
尿路上皮がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 バベンチオ
 mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) ポララミン	5mg/1mL	× 1A
アセリオ	1000mg/100mL	60mL
(持続点滴メイン:0.5時間)		
2) バベンチオ	200mg/10mL	× ()V
生食	250mL	× 1B
(持続点滴メイン:1時間)		
3) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴メイン:全開で フラッシュ用)		

()

III. 化学療法剤投与量算出

<Avelumab投与量>
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Avelumab(バベンチオ)投与量(_____ mg/body)
 =10mg/kg × (%)

<備考欄>
 ・バベンチオ:0.2μmのインラインフィルターを使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・5コース目以降は、インフュージョンリアクションのリスクを考慮した上で、ポララミン、アセリオの使用は任意で良い。
 ・本治療は、プラチナ製剤を含む1次化学療法後の維持療法という位置づけであるため、1次化学療法で癌の進行が認められる場合には、本治療ではなく、別の2次治療に移行すること。

主治医

薬剤師

薬剤師

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

EV療法プロトコール(every 4 weeks)
 day1...day8...day15... 29
 Enfortumab Vedotin(パドセブ) 1.25mg/kg ↓ ↓ ↓ next in→

<疾患名>
尿路上皮がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 パドセブ
 mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目	第8日目	第15日目
()	()	()

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用)	100mL	× 1B
2) パドセブ	30mg/V	× ()V
パドセブ	20mg/V	× ()V
注射用水	20mL	X1A
生食 (持続点滴側管: 0.5時間)	50mL	X1B
3) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用)	50mL	× 1B

III. 化学療法剤投与量算出

<Enfortumab Vedotin投与量>
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Enfortumab Vedotin(パドセブ) 投与量(mg/body)
 = 1.25mg/kg × (%)

<備考欄>
 パドセブ:
 1回量として125mgを超えないこととする。
 ・減量基準の目安
 1段階減: 1.0mg/kg、2段階減: 0.75mg/kg、3段階減: 0.5mg/kg
 ・本レジメンは、プラチナ製剤を含む化学療法及びPD-1/PD-L1阻害薬治療後に増悪した症例に使用すること。

主治医

薬剤師

薬剤師

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

GD療法プロトコル(every 3 weeks)

	day1	8	day22
GEM(ゲムシタビン)	800mg/m ²		↓	↓	next
DTX(ワンタキソテール)	40mg/m ²		↓	↓	in→

<疾患名>
尿路上皮がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日 _____
 <前コースの投与量>
 ゲムシタビン _____ mg ワンタキソテール _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

薬剤名	規格	数量
1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用)	200mL	X1B
2) デキサート グラニセトロン点滴バック 3mg/100mL (持続点滴側管:0.5時間)	3.3mg/1mL	× 2A X1B
3) ゲムシタビン ゲムシタビン 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	1000mg 200mg 100mL	× ()V × ()V X1B
4) ワンタキソテール ワンタキソテール 生食 (持続点滴側管:1時間)	80mg/4mL 20mg/1mL 250mL	× ()V × ()V X1B
5) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B

第1日目 () 第8日目 ()

III. 化学療法剤投与量算出

< GEM・DTX投与量 >

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)

GEM(ゲムシタビン)投与量(mg/body)
 = 800mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

DTX(ワンタキソテール)投与量(mg/body)
 = 40mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
 ※社会保険診療報酬支払基金より
 ワンタキソテール(DTX)は添付文書上、尿路上皮がんに適応無いが、腎機能障害がある場合又は二次化学療法として使用される場合に限り審査上認められる。

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

GEM+CBDCA(尿路上皮がん)療法プロトコール(every 3weeks)

	day1	8	22
GEM(ゲムシタビン)	1000mg/m ²		↓	↓	next
CBDCA(カルボプラチン)	AUC 5		↓		in ↓

〈疾患名〉
尿路上皮がん
 告知 あり なし

〈前コースの化学療法開始日〉 年 月 日
 〈前コースの投与量〉
 ゲムシタビン カルボプラチン
 mg mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目

第8日目

薬剤名	規格	数量
1) デキサート	3.3mg/1mL	X3A
パロノセトロン点滴バッグ	0.75mg/50mL	X1B
(持続点滴:0.5時間)		
1) デキサート	3.3mg/1mL	X2A
生食	100mL	X1B
(持続点滴:0.5時間)		
2) ゲムシタビン	1000mg	×()V
ゲムシタビン	200mg	×()V
生食	100mL	X1B
(持続点滴:0.5時間)		
2) カルボプラチン	450mg/45mL	×()V
カルボプラチン	150mg/15mL	×()V
カルボプラチン	50mg/5mL	×()V
5%ブドウ糖	250mL	X1B
(持続点滴:1時間)		
3) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴:全開で フラッシュ用)		

() ()

III. 化学療法剤投与量算出

＜GEM・CBDCA 投与量＞

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)

GEM(ゲムシタビン)投与量 (mg/body)
 = 1000mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

CBDCA(カルボプラチン)投与量 (mg/body)
 = [CCr()+25] × AUC5 × (%)

＜備考欄＞

*NK1受容体拮抗薬のイメンド(アプレピタント)追加可

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

MEC療法プロトコール(every 4 weeks)
 day1...2.....15.....29
 ↓ ↓ ↓ next→
 MTX(メソトレキセート) 30mg/m²
 EPI(エピルビシン) 50mg/m²
 CDDP(シスプラチン) 100mg/m²
 ↓ in

<疾患名>
 尿路上皮がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____年 月 日
 <前コースの投与量>
 メソトレキセート _____ mg
 エピルビシン _____ mg
 シスプラチン _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

薬剤名	規格	数量	第1日目	第2日目	第3日目	第4日目	第15日目
			()	()	()	()	()
1) メイロン フィジオ140 (持続点滴:2時間)	20mL 500mL	×1A ×1B	■				■
1) ソルアセトF (持続点滴:2時間)	500mL	×1B		■			
1) ソルデム3A (持続点滴:4時間)	500mL	×1B			■	■	
2) ダイアモックス 生食 (持続点滴:0.5時間)	500mg 100mL	×0.5A ×1B	■				■
3) ソルアセトF (持続点滴:2時間)	500mL	×1B		■			
4) メソトレキセート注 メソトレキセート注 生食 (持続点滴:0.5時間)	50mg 5mg 100mL	×() ×() ×1B					
5) デキサート グラニセトロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3.3mg/1mL 3mg/100mL	×2A ×1B	■				
6) エピルビシン注 エピルビシン注 生食 (持続点滴:0.5時間)	50mg 10mg 100mL	×() ×() ×1B					
7) メイロン ソルデム3A (持続点滴:2時間)	20mL 500mL	×1A ×1B	■				■
7) プロイメド注 デキサート 生食 (持続点滴:0.5時間)	150mg 3.3mg/1mL 100mL	×1V ×3A ×1B		■			
7) 生食 (持続点滴:4時間)	500mL	×1B			■	■	
8) パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	0.75mg/50mL	×1B		■			
9) シスプラチン注 シスプラチン注 シスプラチン注 生食 (持続点滴:2時間)	50mg/100mL 25mg/50mL 10mg/20mL 500mL	×() ×() ×() ×1B			■		
10) メイロン フィジオ140 (持続点滴:2時間)	20mL 500mL	×1A ×1B	■				■
11) マンニトールS注射液 (持続点滴:1.5時間)	300mL	×1V		■			
12) ソルデム3A (持続点滴:4時間)	500mL	×1B			■	■	
13) ソルデム3A (持続点滴:2時間)	500mL	×1B		■			
14) ソルデム3A (持続点滴:2時間)	500mL	×1B		■			

III. 化学療法剤投与量算出

<MTX・EPI・CDDP/投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 MTX(メソトレキセート)投与量(_____ mg/body)
 = 30mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)
 EPI(エピルビシン)投与量(_____ mg/body)
 = 50mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)
 CDDP(シスプラチン)投与量(_____ mg/body)
 = 100mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>
 シスプラチン:
 必要に応じてマンニトールSを追加する。
 *ラシックスは尿を酸性化し、メソトレキセートの腎毒性を増悪させるため、禁忌。

主治医 _____
 薬剤師 _____
 薬剤師 _____

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

MEN療法プロトコール(every 4 weeks)
 day1...2.....15.....29
 MTX(メトレキセート) 30mg/m² ↓ ↓ next→
 EPI(エピルビシン) 50mg/m² ↓ ↓ in
 NDP(アクプラ) 80mg/m² ↓ ↓

<疾患名>
尿路上皮がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日 _____
 <前コースの投与量>
 メトレキセート エピルビシン アクプラ
 mg mg mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

薬剤名	規格	数量	第1日目	第2日目	第3日目	第4日目	第15日目
1) メイロン フィジオ140 (持続点滴:2時間)	20mL 500mL	×1A ×1B	<input type="checkbox"/>				
1) ソルテム3A (持続点滴:2時間)	500mL	×1B	<input type="checkbox"/>				
1) ソルASET F (持続点滴:6時間)	500mL	×1B	<input type="checkbox"/>				
2) ダイアモックス 生食 (持続点滴:0.5時間)	500mg 100mL	×0.5A ×1B	<input type="checkbox"/>				
3) メトレキセート注 メトレキセート注 生食 (持続点滴:0.5時間)	50mg 5mg 100mL	×()V ×()V ×1B	<input type="checkbox"/>				
4) デキサート グラニセトロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3.3mg/1mL 3mg/100mL	×2A ×1B	<input type="checkbox"/>				
5) エピルビシン注 エピルビシン注 生食 (持続点滴:0.5時間)	50mg 10mg 100mL	×()V ×()V ×1B	<input type="checkbox"/>				
6) メイロン ソルテム3A (持続点滴:2時間)	20mL 500mL	×1A ×1B	<input type="checkbox"/>				
6) ソルテム3A (持続点滴:6時間)	500mL	×1B	<input type="checkbox"/>				
7) メイロン フィジオ140 (持続点滴:2時間)	20mL 500mL	×1A ×1B	<input type="checkbox"/>				
8) アクプラ注 アクプラ注 アクプラ注 生食 (持続点滴:3時間)	100mg 50mg 10mg 500mL	×()V ×()V ×()V ×1B	<input type="checkbox"/>				
9) ソルテム3A (持続点滴:2時間)	500mL	×1B	<input type="checkbox"/>				
10) ソルテム3A (持続点滴:2時間)	500mL	×1B	<input type="checkbox"/>				

III. 化学療法剤投与量算出

<MTX・EPI・NDP/投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 MTX(メトレキセート) 投与量(mg/body)
 = 30mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 EPI(エピルビシン) 投与量 (mg/body)
 = 50mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 NDP(アクプラ) 投与量 (mg/body)
 = 80mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
 アクプラ:
 day2~6は尿量1500mL/日を目安に尿量確保する。確保できなければ、輸液追加を検討する。必要に応じて利尿剤のマンニトールSを追加検討する。
 *ランックスは尿を酸性化し、メトレキセートの腎毒性を増悪させるため、禁忌。

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

Nivolumab+Ipilimumab療法(腎細胞がん)プロトコール(every 3 weeks)
 day1.....22
 ↓ next
 Nivolumab(オプジーボ) 240mg/body ↓
 Ipilimumab(ヤーボイ) 1mg/kg ↓ in→

<疾患名>
腎細胞がん(進行・再発)
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____年 月 日
 <前コースの投与量>
 オプジーボ _____mg
 ヤーボイ _____mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴メイン:ルート確保用)	100mL	× 1B
2) オプジーボ 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	240mg/24mL 50mL	× ()V × 1B
3) 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	50mL	× 1B
4) ヤーボイ ヤーボイ 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	50mg/10mL 20mg/4mL 100mL	× ()V × ()V 30mL
5) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B

()

III. 化学療法剤投与量算出

<Nivolumab・Ipilimumab投与量>
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(_____cm) 体重(_____Kg)
 体表面積(_____m²)
 Nivolumab(オプジーボ)投与量(_____mg/body)
 =240mg/body × (_____%)
 Ipilimumab(ヤーボイ)投与量(_____mg/body)
 =1mg/kg × (_____%)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
 (輸液セット)
 ・オプジーボ:インラインフィルター(0.2~0.22μm)を使用すること。
 ・ヤーボイ:0.2~1.2ミクロンのメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・本レジメンは原則最大4コースまで。
 ・本レジメン終了後Nivolumab療法(腎細胞がん)へ移行する。

主治医

薬剤師

薬剤師

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

Nivolumab療法(腎細胞がん)プロトコール(every 2 weeks)
 day1.....15
 ↓ next in→
 Nivolumab(オプジーボ) 240mg/body

<疾患名>
腎細胞がん(進行・再発)
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 オプジーボ
 mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

[]

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用)	100mL	× 1B
2) オプジーボ 生食 (持続点滴側管: 0.5時間)	240mg/24mL 50mL	× ()V X1B
3) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用)	50mL	× 1B

[]

[]

[]

[]

III. 化学療法剤投与量算出

<Nivolumab投与量>
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Nivolumab(オプジーボ)投与量(mg/body)
 = 240mg/body × (%)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
 ・インラインフィルター(0.2~0.22 μm)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

PG療法プロトコル(every 4 weeks)
 day1...day8...day15...day29
 PTX(パクリタキセル) 200mg/m² ↓ next
 GEM(ゲムシタビン) 1000mg/m² ↓ ↓ ↓ in→

<疾患名>
尿路上皮がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日 _____
 <前コースの投与量>
 パクリタキセル _____ mg
 ゲムシタビン _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目 () 第8日目 () 第15日目 ()

薬剤名	規格	数量
1) デキサート	3.3mg/1mL	× 6A
ファモチジン	20mg/20mL	× 1A
生食	100mL	X1B
(持続点滴:0.5時間)		
1) デキサート	3.3mg/1mL	× 2A
生食	100mL	X1B
(持続点滴:0.5時間)		
2) レスタミンコーワ錠	10mg	× 5錠
(内服:パクリタキセル開始30分前までに服用)		
3) 生食	50mL	X1B
(持続点滴:0.5時間)		
4) パクリタキセル	100mg/16.7mL	× ()V
パクリタキセル	30mg/5mL	× ()V
生食	500mL	X1B
(持続点滴:3時間)		
5) ゲムシタビン	1000mg	× ()V
ゲムシタビン	200mg	× ()V
生食	100mL	X1B
(持続点滴:0.5時間)		
6) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴:全開で フラッシュ用)		

[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]

III. 化学療法剤投与量算出

< PTX・GEM投与量 >
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 PTX(パクリタキセル)投与量(_____ mg/body)
 =200mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)
 GEM(ゲムシタビン)投与量(_____ mg/body)
 = 1000mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>
 ・パクリタキセル用点滴セットを使用

主治医 [] 薬剤師 [] 薬剤師 []

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

short hydration GC療法プロトコール(every 4 weeks)
 day1.....8.....15.....29
 GEM(ゲムシタビン) 1000mg/m² ↓ ↓ ↓ next→
 CDDP(シスプラチン) 70mg/m² ↓ in

<疾患名>
尿路上皮がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日 _____
 <前コースの投与量>
 ゲムシタビン シスプラチン
 mg mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

薬剤名	規格	数量	第1日目	第8日目	第15日目
			()	()	()
1) プロイメンド注 デキサート 生食 (持続点滴:0.5時間)	150mg 3.3mg/1mL 100mL	×1V ×3A ×1B	■		
2) デキサート 生食 (持続点滴:0.5時間)	3.3mg/1mL 100mL	×2A X1B		■	■
2) パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	0.75mg/50mL	×1B	■		
3) ゲムシタビン ゲムシタビン 生食 (持続点滴:0.5時間)	1000mg 200mg 100mL	×()V ×()V X1B			
4) 硫酸Mg補正液 アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴:1時間)	20mEq/20mL 10mEq/10mL 500mL	×0.4A ×1A X1B	■		
5) マンニトールS注射 (持続点滴:0.5時間)	300mL	200mL	■		
6) シスプラチン シスプラチン シスプラチン 生食 (持続点滴:1時間)	50mg/100mL 25mg/50mL 10mg/20mL 500mL	×()V ×()V ×()V 300mL			
7) アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴:1時間)	10mEq/10mL 500mL	×1A X1B	■		
8) 生食 (持続点滴:全開でフラッシュ用)	50mL	×1B		■	■

III. 化学療法剤投与量算出

<GEM・CDDP投与量>
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 GEM(ゲムシタビン)投与量(mg/body)
 = 1000mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 CDDP(シスプラチン)投与量 (mg/body)
 = 70mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
 day1~3は1000mLの飲水を行う。

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

Temsirolimus療法プロトコール(every 1 week)
 Temsirolimus(トーリセル) 25mg/body day1.....day8
 ↓ next in→

<疾患名>
腎細胞がん(進行・再発)
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 トーリセル
 mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) ポラミン注 生食 (持続点滴:0.5時間)	5mg/1mL 100mL	× 1A × 1B
2) トーリセル 生食 (持続点滴:1時間)	25mg/1.2mL 250mL	× ()V × 1B
3) 生食 (持続点滴:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B

()

III. 化学療法剤投与量算出

<Temsirolimus投与量>
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Temsirolimus(トーリセル)投与量(_____ mg/body)
 =25mg/body × (%)

<備考欄>

トーリセル:
 ・DEHPを含む輸液セットを使用しないこと。
 ・孔径5μm以下のインラインフィルターを使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

ピノルビン術後単回膀胱注入療法プロトコール(every week)
 day1.....8
 THP(ピノルビン) 30mg/body ↓ next in→

<疾患名>
尿路上皮がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 ピノルビン mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

[]

第1日目

薬剤名	規格	数量
2) ピノルビン	30mg/V	× ()V
ピノルビン	20mg/V	× ()V
ピノルビン	10mg/V	× ()V
生食	50mL	× 1B
(膀胱内注入)		

[]

調製は、ルアーチップ式のシリンジを用いる。溶解後、必要量を注射筒で抜き取り、生食で全量30mLとし、注射筒に充填して払出を行う。

III. 化学療法剤投与量算出

<THP投与量>
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 THP(ピノルビン)投与量(_____ mg/body)
 =30mg/body × (%)

<備考欄>
 ピノルビン:
 ・膀胱刺激症状が強い場合は、15mg/bodyに減量投与することもある。
 ・原則として、1~2時間膀胱内に保持する。
 ・原則最大8コースまでとする。
 ・調製依頼は手術室から受け、調製後の連絡も手術室に行くこととする。(調製後連絡先:3901 or 3776)
 ・ピノルビン施行当日のウロガードは、尿ごとまとめてハザードBoxに廃棄する。

主治医

薬剤師

薬剤師