

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

EP療法(神経内分泌細胞がん)プロトコール(every 3 weeks)
 day1・2・3.....day22
 VP16(ベプシド) 100mg/m² ↓ ↓ ↓ next
 CDDP(シスプラチン) 80mg/m² ↓ in→

<疾患名>
 神経内分泌細胞がん
 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>
 ベプシド _____ 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
1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用)	200mL	X1B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) パロノセトロン点滴バッグ デキサート注 (持続点滴側管:0.5時間)	0.75mg/50mL 3.3mg/1mL	X1B X3A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) デキサート注 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	3.3mg/1mL 100mL	X2A X1B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ベプシド注 5%ブドウ糖 (持続点滴側管:1時間)	100mg/5mL 500mL	X()V X1B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) イメンドカプセル (内服:day1はシスプラチン投与の1~1.5時間前に服用)		X1セット	125mg	80mg	80mg	<input type="checkbox"/>
5) デカドロン錠 (内服:1日2回 朝・昼食後)	0.5mg/錠	X16錠/日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 硫酸Mg補正液 アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間)	20mEq/20mL 10mEq/10mL 500mL	X0.4A X1A X1B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) マンニトールS注射液 (持続点滴側管:0.5時間)	300mL	200mL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) シスプラチン注 シスプラチン注 シスプラチン注 生食 (持続点滴側管:1時間)	50mg/100mL 25mg/50mL 10mg/20mL 500mL	X()V X()V X()V 300mL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間)	10mEq/10mL 500mL	X1A X1B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用)	50mL	X1B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. 化学療法剤投与量算出

< VP16・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)
 VP16(ベプシド)投与量(_____ mg/body)
 = 100mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)
 CDDP(シスプラチン)投与量(_____ mg/body)
 = 80mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>
 ・ベプシド:DEHPフリーの専用ルートで投与すること
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・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

IP療法(神経内分泌細胞がん)プロトコール(every 4 weeks)
 day1...8...15... day29
 CPT-11(イリノテカン) 60mg/m² ↓ ↓ ↓ next
 CDDP(シスプラチン) 60mg/m² ↓ in→

<疾患名>
 神経内分泌細胞がん
 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>
 イリノテカン _____ 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8日目	第15日目
1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用)	200mL	X1B	<input type="checkbox"/>					
2) パロノセトロン点滴バッグ デキサート注 (持続点滴側管:0.5時間)	0.75mg/50mL 3.3mg/1mL	X1B X3A	<input type="checkbox"/>					
2) デキサート注 グラニセトロン点滴バッグ (持続点滴側管:0.5時間)	3.3mg/1mL 3mg/100mL	X2A X1B	<input type="checkbox"/>					
3) イリノテカン イリノテカン 生食 (持続点滴側管:1.5時間)	100mg/5mL 40mg/2mL 500mL	X()V X()V X1B	<input type="checkbox"/>					
4) イメンドカプセル (内服:day1はシスプラチン投与の1~1.5時間前に服用)		X1セット	125mg	80mg	80mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) デカドロン錠 (内服:1日2回 朝・昼食後)	0.5mg/錠	X16錠/日	<input type="checkbox"/>					
6) 硫酸Mg補正液 アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間)	20mEq/20mL 10mEq/10mL 500mL	X0.4A X1A X1B	<input type="checkbox"/>					
7) マンニトールS注射液 (持続点滴側管:0.5時間)	300mL	200mL	<input type="checkbox"/>					
8) シスプラチン注 シスプラチン注 シスプラチン注 生食 (持続点滴側管:1時間)	50mg/100mL 25mg/50mL 10mg/20mL 500mL	X()V X()V X()V 300mL	<input type="checkbox"/>					
9) アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間)	10mEq/10mL 500mL	X1A X1B	<input type="checkbox"/>					
10) 生食 (持続点滴側管:全開で フラッシュ用)	50mL	X1B	<input type="checkbox"/>					

III. 化学療法剤投与量算出

< CPT-11・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)
 CPT-11(イリノテカン)投与量(_____ mg/body)
 = 60mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)
 CDDP(シスプラチン)投与量(_____ mg/body)
 = 60mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>
 ・day1~3は1000mLの飲水を行う。
 イリノテカン:
 ・下痢対策として柴苓湯連日、重曹(1.8g/日、分3食間)、メトクロプラミド錠(3錠/日、分3)、ウルソデオキシコール酸錠(3錠/日、分3)の内服を必要に応じてday1~4に行う。

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。