

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

PTX単独療法(外陰がん)プロトコール(every 3 weeks)		
PTX(パクリタキセル) 175mg/m ²	day1.....day22	
	↓	next in→

<疾患名>

外陰がん

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

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)

<input type="text"/>

<input type="text"/>

薬剤名	規格	数量
1) レスタミンコーワ錠 (内服:パクリタキセル開始30分前に)	10mg/錠	X5錠
2) デキサート注	3.3mg/1mL	× 6A
ファモチジン注	20mg/20mL	× 1A
生食	50mL	× 1B
(持続点滴メイン:5分)		
3) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴メイン:30分)		
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
(持続点滴メイン:3時間)		
5) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴メイン:全開で フラッシュ用)		

第1日目

()

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

III. 化学療法剤投与量算出

< PTX 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)

= 175mg/m² × (%)

<備考欄>

- ・パクリタキセル用点滴セット(JMS輸液セット)を使用
- ・本レジメンは最大10コースまでとする。

主治医
<input type="text"/>

薬剤師
<input type="text"/>

薬剤師
<input type="text"/>

* 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

ブレオマイシン単独療法(外陰がん)プロトコール(every week)

day1・2.....day8
 ↓ ↓ next in→

BLM(ブレオ) 15mg/body

<疾患名>
 外陰がん

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>
 ブレオ _____ 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)

--

--	--

薬剤名	規格	数量
1) ブレオ	15mg/V	×()V
生食	20mL	X1A
(筋肉注射)		

第1日目 ()

第2日目 ()

--	--

III. 化学療法剤投与量算出

< BLM 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)

BLM(ブレオマイシン)投与量(_____ mg/body)

= 15mg/body × (_____ %)

<備考欄>

- ・ブレオの総投与量は生涯において300mg/bodyまでとする。(最大コース数10コース)
- ・ブレオの調製は15mgあたり5mLで溶解し、シリンジに充填し、払い出しを行う。
- ・ブレオ:筋注は医師が行う。

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

放射線併用_weekly_CDDP療法(外陰がん)プロトコール(every weeks)	
CDDP(シスプラチン)	40mg/m ² ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
	day1・8・15・22・29・36……

<疾患名>

外陰がん

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>

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
1) ラクテック (持続点滴メイン:2時間)	1000mL	X1B
2) イメンドカプセル (内服:day1、8、15、22、29、36はシスプラチン投与の1~1.5時間前に服用)		×1セット
3) デカドロン錠 (内服:1日2回 朝・昼食後)	0.5mg/錠	×16錠/日
4) パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴側管:0.5時間)	0.75mg/50mL	×1B
デキサート注	3.3mg/1mL	×3A
5) シスプラチン注	50mg/100mL	×()V
シスプラチン注	25mg/50mL	×()V
シスプラチン注	10mg/20mL	×()V
生食 (持続点滴側管:2時間)	500mL	×1B
6) ラクテック (持続点滴メイン:2時間)	1000mL	×1B
7) フロセミド注 (ワンショット静注側管)	20mg/2mL	X1A
8) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用)	50mL	X1B

第1日目	第8日目	第15日目	第22日目	第29日目	第36日目
()	()	()	()	()	()

--	--	--	--	--	--

イメンドカプセル、デカドロン錠の内服スケジュールは備考欄参照。

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

III. 化学療法剤投与量算出

< 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)

CDDP(シスプラチン)投与量(_____ mg/body)

= 40mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>

- ・day1~3は1000mLの飲水を行う。
- ・本治療は1コース(6回投与)のみ実施。

(イメンドカプセル、デカドロン錠内服スケジュール)

イメンドカプセル: 抗がん剤投与日から3日間 (125mg → 80mg → 80mg)

デカドロン錠: 抗がん剤投与日翌日から3日間

主治医

薬剤師

薬剤師