

ゼローダ C法

患者番号： _____ 氏名： _____
 部位； (結腸 直腸)
 内服
 開始年月日； _____ 年 _____ 月 _____ 日
 投与間隔； 2週投与1週休薬 で1クール
 体格； 身長 _____ c m 体重 _____ k g 体表面積 _____ m²

使用薬剤；

① ゼローダ 1回 _____ mg (C法：1000mg/m²/回)
 1日2回 2週投与1週休薬

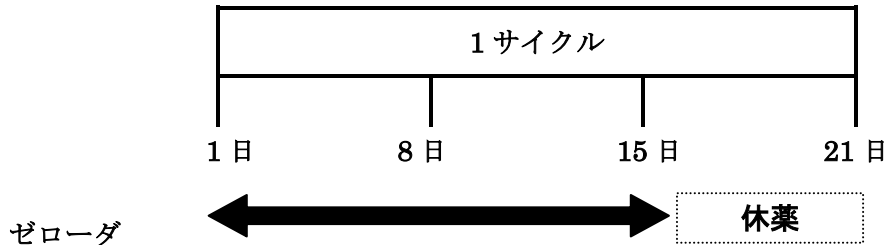
手足症候群、抹消神経障害、骨髄抑制、消化器症状、下痢に注意

体表面積	初回投与量
1.36 m ² 未満	1200mg(4錠)/回
1.36 m ² 以上～1.66 m ² 未満	1500mg(5錠)/回
1.66 m ² 以上～1.96 m ² 未満	1800mg(6錠)/回
1.96 m ² 以上	2100mg(7錠)/回

【処方が必要な内服薬】

ゼローダ (300) 錠 ×朝夕食後
 ピドキサール (10) 6錠 3×毎食後
 パスタロンクリーム 10% 1日5回以上塗布

手足症候群、骨髄抑制、消化器症状、下痢に注意



- HBs 抗原(+) → 消化器内科紹介
 HBs 抗原(-) → HBs 抗体(-) and HBc 抗体(-) → HBV-DNA 定量(-) → 3ヵ月毎 定量
 HBs 抗体(+) and/or HBc 抗体(+) → HBV-DNA 定量(+) → 消化器内科紹介

指示医師サイン _____