

エルロチニブ+GEM療法

患者番号： _____ 氏名： _____
部位： _____ (膝)
薬液注入ルート；(末梢点滴静注、 CVライン ポート)
開始年月日； _____ 年 _____ 月 _____ 日
投与間隔； 28日間隔で1サイクル
体格； 身長 _____ c m 体重 _____ k g 体表面積 _____ m²
選択基準：切除不能膝癌

使用薬剤；

- ① ゲムシタビン _____ m g (1000mg/m²) 3週投与1週休薬
- ② タルセバ錠 100 m g 毎日

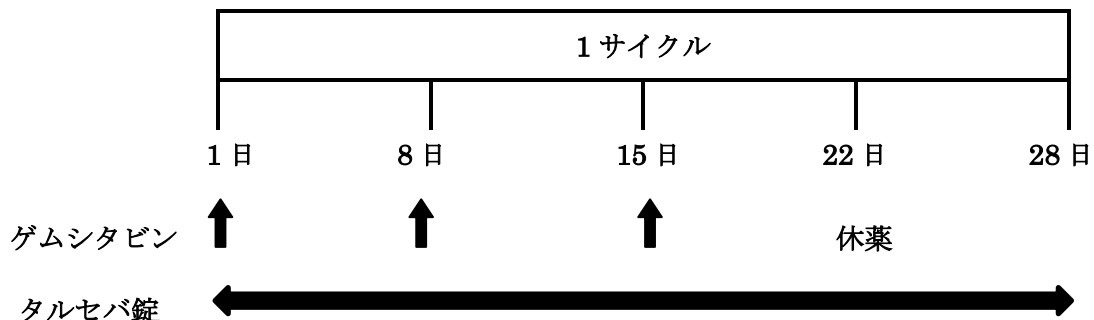
※食事の1時間前から2時間後までは避ける

制吐薬デキサート注 6.6mg

【処方が必要な内服薬】

タルセバ錠 (100) 1錠1× 朝食後2時間
ヘパリン類似物質油性クリーム (全身に使用)
アンテベート軟膏 (体の湿疹に使用)
ロコイド軟膏 (顔の湿疹に使用)
リンデロンVGローション (頭の湿疹に使用)

骨髄抑制、下痢、間質性肺炎、皮疹に注意



HBs 抗原(+) → 消化器内科紹介

HBs 抗原(-) → HBs 抗体(-) and HBc 抗体(-)

HBs 抗体(+)-and/or HBc 抗体(+)

HBV-DNA 定量(-) → 3ヵ月毎 定量

HBV-DNA 定量(+) → 消化器内科紹介

指示医師サイン _____