光晴会病院化学療法委員会
2019 年 11 月 29 日登録

パクリタキセル療法（毎週）

患者番号：　　氏名：　　性別：
生年月日：　　年齢：

部位；　（　乳腺　）
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；　7 日で 1 サイクル
体格；　身長＿＿＿＿ｃｍ　体重＿＿＿＿ｋｇ　体表面積＿＿＿＿m^2
使用薬剤；
① パクリタキセル＿＿＿＿＿ｍｇ（　80　ｍｇ/m^2　）　毎週

制吐薬グラニセトロンゼリー+デキサート注 6.6mg

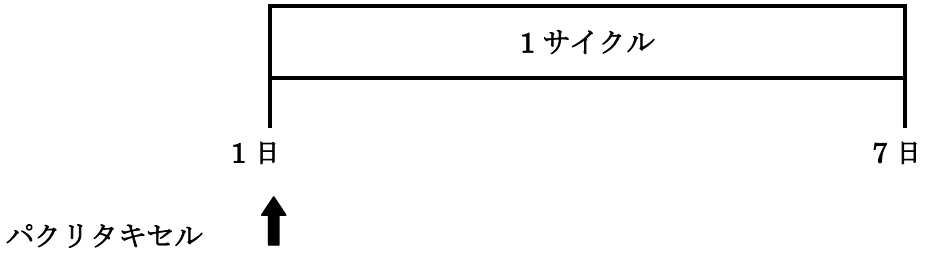
前処置
① デキサート注射液
② ファモチジン注射用 20mg
③ レスタミン錠（内服）
④ グラニセトロンゼリー（内服）
【処方が必要な内服薬】

パクリタキセルアレルギー予防のデキサートは、症状がなければ半量ずつ減量が可能です。
（最低量　1.65 ㎎ 1A）

※内服不能の場合は
③ポララミン注 10mg＋生食 20mL
④グラニセトロン点滴静注用 3mg

グラニセトロンゼリー2 ㎎　1 包　パクリタキセルの 30 分前
レスタミン錠（10）　5 錠　パクリタキセルの 30 分前

骨髄抑制、アレルギー、消化器症状、肝機能障害に注意
38℃以上の発熱時には投与を延期したほうがよい



□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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿