

G-SOX 療法

患者番号： _____ 氏名： _____ 性別： _____
生年月日： _____ 年齢： _____

対象： 治癒切除不能な進行・再発の胃癌

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

1 コース期間 3 週間

体格： 身長 cm 体重 kg 体表面積 m²

開始基準： 好中球数 \geq 1300/mm³ 血小板数 \geq 75000/mm³
AST/ALT \leq 100IU/L Cr $<$ 1.5mg/dL

使用薬剤：

注射 ①オキサリプラチン _____mg (100mg/m²) 3週に1回
内服 ①エスワンタイホウ 1回 _____mg 1日2回 2週投与1週休薬

体表面積	初回基準量 (テガフル相当量)
1.25 m ² 未満	40mg/回
1.25 m ² 以上～1.5 m ² 未満	50mg/回
1.5 m ² 以上	60 mg/回

※腎機能を考慮した上で初回基準量を調節

オキサリプラチンは6コース目以降アレルギー症状に注意が必要です。アレルギー予防に前処置としてデキサート注 16.5 mg、ファモチジン注 20 mg、ベナ錠 50 mgで効果があったという報告があります

制吐剤 グラニセトロン静注用 3mg+デキサート注 6.6mg
イメンド 125mg(day1)、イメンド 80mg(day2-3)

【処方が必要な内服薬】

イメンド (125) 1C グラニセトロン開始 30 分前
イメンド (80) 1C1×朝食後 2日分 (翌日開始)

オキサリプラチン	エスワンタイホウ 2週投与														エスワンタイホウ 1週休薬							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1日目	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝							
120分	夕	夕	夕	夕	夕	夕	夕	夕	夕	夕	夕	夕	夕	夕	夕							

HBs 抗原(+) → **消化器内科紹介**

HBs 抗原(-) → HBs 抗体(-)and HBc 抗体(-)

HBs 抗体(+)
HBs 抗体(+)
HBs 抗体(+)
HBs 抗体(+)
HBs 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 _____