光晴会病院化学療法委員会
2018 年 10 月 9 日改訂

サイラムザ＋パクリタキセル療法

患者番号：　　氏名：　　性別：
生年月日：　　年齢：

対象：　プラチナ製剤＋フッ化ピリミジン系薬を使用後の進行再発胃癌患者
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
目標投与期間；
投与間隔；　　①パクリタキセル　28 日間で 1 サイクル day1,8,15 に投与
　　②サイラムザ　28 日間で 1 サイクル　day1,15 に投与
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　）　3 週投与 1 週休薬
　②サイラムザ　　＿＿＿＿＿＿mg（8mg/kg）1 週投与　1 週休薬

制吐剤　グラニセトロンゼリー2mg

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

【処方が必要な内服薬】

レスタミン錠（10）5 錠 1×　サイラムザ開始 30 分前
グラニセトロンゼリー　　サイラムザ開始 30 分前

骨髄抑制、アレルギー、末梢神経障害 、infusion reaction に注意

	1 サイクル				
	1 日	8 日	15 日	22 日	28 日
パクリタキセル	⬆	⬆	⬆	休	
サイラムザ	⬆	休	⬆	休	

□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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿