

GT 療法

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； (ポート 末梢点滴静注 CVライン)
開始年月日； _____ 年 _____ 月 _____ 日
投与間隔； 21 日間隔で 1 クール
体格； 身長 _____ cm 体重 _____ kg 体表面積 _____ m²
使用薬剤；

- ① ゲムシタビン _____ mg (1000 mg/m²) 2 週投与 1 週休薬
② パクリタキセル _____ mg (100 mg/m²) 2 週投与 1 週休薬

制吐薬 グラニセトロンゼリー 2mg
デキサート注 6.6 mg

アレルギー予防

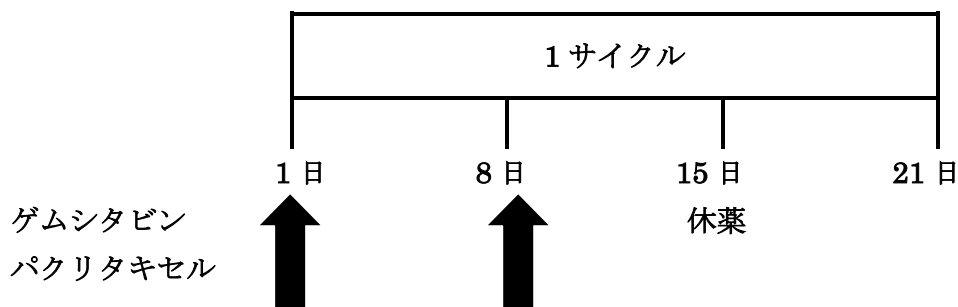
ファモチジン注 レスタミン錠

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 mg 1A)

【処方が必要な内服薬】

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

骨髄抑制、アレルギー、心不全、間質性肺炎に注意
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(-)

HBs 抗体(+) and/or HBc 抗体(+)

HBV-DNA 定量(-) → 3 ヶ月毎 定量

HBV-DNA 定量(+) → 消化器内科紹介

指示医師サイン _____