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
投与間隔；　　2 週間ごとに投与

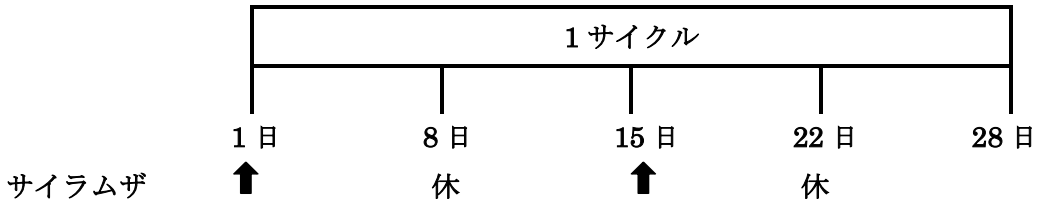
体格；　身長＿＿＿＿cm　　体重＿＿＿kg　　体表面積＿＿＿＿m^2
使用薬剤；

サイラムザ　＿＿＿＿＿mg（8mg/kg）1 週投与　1 週休薬

【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

infusion reaction 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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿