

癌化学療法 投与計画書（新規・変更）

加療番号

氏 名

生年月日

性別

提出日

主治医:

手術日

病名: 膵臓癌

患者本人へ説明した内容:

プロトコール名: GEM+nab-PTX療法

クール目

開始日

次回予定日

身長(cm) 体重(kg) 体表面積(m<sup>2</sup>)

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

| 点滴:アブラキサン投与時には、インラインフィルターは使用しないこと。 |                       |                       |       |    |         |               | DAY 1 | DAY 2 | DAY 3 | DAY 4 | ... | DAY 8 | DAY 9 | DAY 10 | DAY 11 | ... | DAY 15 | DAY 16 | DAY 17 | DAY 18 |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|----|---------|---------------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|-------|--------|--------|-----|--------|--------|--------|--------|
|                                    | 薬品名                   | プロトコール標準量             | 投与量   | 経路 | 点滴時間・速度 | コメント          | 1月 0日 | 1月 1日 | 1月 2日 | 1月 3日 |     | 1月 7日 | 1月 8日 | 1月 9日  | 1月 10日 |     | 1月 14日 | 1月 15日 | 1月 16日 | 1月 17日 |
| 1                                  | パロノセトン点滴静注バッグ(0.75mg) |                       | 1バッグ  | 点滴 | 30分     |               | ○     |       |       |       |     | ○     |       |        |        |     | ○      |        |        |        |
|                                    | デキサート(6.6mg)          |                       | 1.5瓶  | 点滴 |         |               | ○     |       |       |       |     | ○     |       |        |        |     | ○      |        |        |        |
| 2                                  | 生理食塩液                 |                       | 50mL  | 点滴 | 5分      |               | ○     |       |       |       |     | ○     |       |        |        |     | ○      |        |        |        |
| 3                                  | 生理食塩液                 |                       | 100mL | 点滴 | 30分     | 生食の投与量は薬局にて調節 | ○     |       |       |       |     | ○     |       |        |        |     | ○      |        |        |        |
|                                    | アブラキサン                | 125mg/m <sup>2</sup>  |       | 点滴 |         |               | ○     |       |       |       |     | ○     |       |        |        |     | ○      |        |        |        |
| 4                                  | 生理食塩液                 |                       | 50mL  | 点滴 | 5分      |               | ○     |       |       |       |     | ○     |       |        |        |     | ○      |        |        |        |
| 5                                  | 5%ブドウ糖液               |                       | 100mL | 点滴 | 30分     |               | ○     |       |       |       |     | ○     |       |        |        |     | ○      |        |        |        |
|                                    | ゲムシタピン                | 1000mg/m <sup>2</sup> |       | 点滴 |         |               | ○     |       |       |       |     | ○     |       |        |        |     | ○      |        |        |        |
| 6                                  | 生理食塩液                 |                       | 50mL  | 点滴 | 15分     |               | ○     |       |       |       |     | ○     |       |        |        |     | ○      |        |        |        |

標準投与量

アブラキサン

mg

ゲムシタピン

mg

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル: 28日  
投与日: day1, 8, 15

《注意事項》

- 1.この計画書は、初回投与までに提出してください。提出のない場合は、混注対象外とします  
2.計画を変更する場合は、その都度、計画書を提出してください。

※投薬上の注意などありましたら、ご指示下さい。