抗がん剤プロトコール<S-1+GEM>

年 月 日

診療科・主治医 _____

外来・入院() 患者ID _____ 患者氏名 _____ 性別 男・女 年齢 _____ 歳

病名 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体表面積 _____ m² HBs抗原 一・十

血清CRE _____ mg/dl CLcr _____ ml/min

投与開始日 _____ 年 月 日 曜日 1クール 21日 予定クール数 _____ クール

<処方内容> TS-1(80mg/m²/日) _____ mg/日

TS-1(20 ・ 25)mg _____ 包 分2 14日間連日内服 7日間休薬

TS-1 Day1夕より服用開始

Day1	年	月	日	曜日	
Day8	年	月	日	曜日	

[:] ①
 グラニセロン3mgバック100ml
 デキサート6.6mg 1V
 30分かけて サイン ()

↓

[:] ②
 生理食塩液100ml
 ゲムシタピン(1000mg/m²) _____ mg
 [ジェムザール1g V;200mg V]
 [ゲムシタピン1g V;200mg V]
 30分かけて サイン ()

↓

[:] ③
 生理食塩液100ml
 30分かけて サイン ()

TS-1腎機能障害時の投与量修正例
 (大鵬薬品適正使用基準)

Ccr≥80: 初回基準量
 80>Ccr≥60: 必要に応じて1段階の減量
 60>Ccr≥40: 原則1段階以上の減量
 40>Ccr≥30: 2段階以上の減量が望ましい
 Ccr<30: 投与中止

【太枠内ケモセーフロック使用】

確認薬剤師

<訂正箇所は赤字でお願いします。>
 <下線部のみ記入して下さい。>