

レジメン登録申請書

がん(癌)種: 胃癌

申請診療科:

外科

申請医師: 嘉悦 勉

内線:

レジメン名称: GC-サイラムザ

化学療法委員会医師: 嘉悦 勉

内線:

| | No | 薬品名 | 規格 | 投与量 | 投与ルート 手技 | 点滴時間 速度 | day | day | day | day | day | day | day | day | day | day |
|---------------|-----------------------------------|------------|------------|--------|-------------|------------|-------|-------|--------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | | { 1 } | { 8 } | { 14 } | { } | { } | { } | { } | { } | { } | { } |
| 化学療法 (抗癌剤) | 2 | サイラムザ点滴静注液 | 100mg/10ml | 8mg/kg | 点滴静注 | 60分 | ○ | × | 次クールへ | <p>開始時確認 大手術から28日以上あける 中止・減量基準 一部抜粋 infusion reaction グレード3.4 投与中止し再投与しない グレード1.2 投与速度を50%減速しその後も減速した速度で投与 解熱鎮痛剤および副腎皮質ホルモン剤を追加する</p> <p>高血圧 グレード2.3.4 降圧剤による治療を行い、血圧がコントロールできるようになるまで休薬 降圧剤治療を行ってもコントロールできない場合は中止</p> <p>蛋白尿 2g以上3g未満 初回発現; 1日蛋白量2g未満に低下するまで休薬 再開する場合6mg/kgに減量 2回目以降; 1日蛋白量2g未満に低下するまで休薬 再開する場合5mg/kgに減量 3g以上又はネフローゼ症候群を発現; 投与中止</p> | | | | | | |
| | | サイラムザ点滴静注液 | 500mg/50ml | | | | | | | | | | | | | |
| | | 生理食塩液 | 250ml | | | | | | | | | | | | | |
| | ※1 生理食塩液量はサイラムザ量を抜いて全量250mlとする | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 投与速度25mg/分を超えないこと | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0.2μm又は0.22μmの蛋白質透過型インラインフィルターを使用 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 補助療法 | 1 | ポララミン注 | 5mg/1ml | 5mg | 点滴静注 | 15分 | ○ | × | 次クールへ | | | | | | | |
| | | 生理食塩液 | 50ml | 50ml | | | | | | | | | | | | |

上記で使用する抗癌剤情報

| No | 薬品名 | 規格 | 標準値 | 上限値 | 累積 投与量 |
|----|-----|----|-----|-----|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

サマリーコメント(申請理由・趣旨)

胃癌二次化学療法としてガイドラインにおいても推奨度2となった

適応外で、倫理委員会・医学研究等の承認を得た場合は資料を添付してください。

| | | | | |
|---------------|----------------|-----|-----|-----|
| 1 週投与 | 1 週休薬 | 委員長 | 事務局 | 薬剤部 |
| 1クールの日数: 14 日 | レジメン基準日: day 1 | | | |

※抗癌剤の標準値と上限値は必ず記入して下さい 注意: 同一処方内容の場合でも投与時間が異なるときは別のNoに記載してください

※単位はmg/m², mg/body, mg/kg

1クールの日数とレジメン基準日は必ず記入して下さい

化学療法委員会 平成 22 年 9 月 2 日作成

がん(癌)種: 胃癌

実施診療科: 外科

実施医師: 嘉悦 勉 内線: _____

レジメン名称: GC-サイラムザ

クール数: _____

1 週投与 _____ 1 週休薬 _____

身長: _____ cm

1クールの日数: _____ 14 日

体重: _____ kg

患者ID: _____ 患者氏名: _____

実施部署: _____

レジメン基準日: day _____ 1 _____

体表面積: _____ m²

| 実施日 | | | | | | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | |
|---------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|------------|-----------------------|--------------|---------------|------------|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--|--|
| No | 薬品名 | 規格 | 投与量 | 投与ルート 手技 | 点滴時間 速度 | day (1) | day (8) | day (14) | day () | day () | day () | day () | day () | day () | day () | day () | | |
| 化学療法 (抗癌剤) | 1 | ポララミン注 生理食塩液 | 5mg/1ml 50ml | 5mg 50ml | 点滴静注 | 15分 | ○ | × | 次クールへ | | | | | | | | | |
| | 2 | サイラムザ点滴静注液 サイラムザ点滴静注液 生理食塩液 | 100mg/10ml 500mg/50ml 250ml | 8mg/kg 250ml | 点滴静注 | 60分 | ○ | × | 次クールへ | 最後の生食はフラッシュと、経過観察の意味合いで 100mlにしてあります | | | | | | | | |
| | 投与速度25mg/分を超えないこと | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0.2μm又は0.22μmの蛋白透過型インラインフィルターを使用蛋白透過型 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | 生理食塩液 | 100ml | 100ml | 点滴静注 | 1・2回目 30分 3回目以降 5分 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |