

ゲムシタビン療法(肺)

外科: 管理番号 D422

処方医: _____

適応: 非小細胞癌

4週毎に3コース以上繰り返す

身長: _____ cm

体重: _____ kg

体表面積: _____ m²

[投与スケジュール] (_____ クール目)

DAY 1 (_____ 月 _____ 日) DAY 8 (_____ 月 _____ 日) DAY 15 (_____ 月 _____ 日)

| 薬剤名 | 投与量 | |
|--|-------------|-----|
| 生食100mL デキサート | 1袋 6.6mg | 30分 |
| 生食100mL ゲムシタビン1000mg/m ² | 1瓶 | 30分 |
| 生食20mL | 1管 | 静注 |

(炎症)

[DLF]

ゲムシタビン

白血球及び好中球減少

[今回の投与量] _____ mg/body

[累積投与量] _____ mg/body

薬剤師: _____

[適正使用基準]

[今回の投与量] _____ mg/body

1. PS (Performance Status)が0~2である

[累積投与量] _____ mg/body

2. 胸部単純X線写真で明らかで、かつ臨床症状のある間質性肺炎または肺繊維症がない

_____ mg/body

3. 胸部への放射線療法を施行していない

[今回の投与量] _____ mg/body

*4. 重症感染症を併発していない

[累積投与量] _____ mg/body

5. 生理機能が十分に保持され、下の基準を満たす。

| | | |
|---------|---------------|------------|
| 血液一般検査 | *WBC (/μL) | 4000 ≤ |
| | *PLT (/μL) | 10万 ≤ |
| | HGB (g/dL) | 9.0 ≤ |
| 血清生化学検査 | GOT/GPT(IU/L) | 正常値上限の2倍以下 |
| | TBil (mg/dL) | ≤ 1.5 |
| | Cr (mg/dL) | ≤ 1.5 |

[骨髓抑制を考慮した投与量の調整]

GEM: 投与延期: 当日のWBC2000未満、またはPLT7万未満の場合

[DLFを除く重大な副作用]

《ゲムシタビン》

・間質性肺炎 [咳・息切れ・呼吸困難・発熱等]

・気管支痙攣 [呼吸困難・喘鳴等]

・アナフィラキシー様症状 [呼吸困難等]

・成人呼吸促迫症候群 (ARDS) [呼吸困難等]

・心筋梗塞 [胸痛・呼吸困難等]

・腎不全 [むくみ・尿量低下等]

・うっ血性心不全 [息苦しさ・むくみ・胸痛等]

・溶血性尿毒症症候群 [紫斑・むくみ・尿量低下等]

・肺水腫 [呼吸困難・チアノーゼ等]

・皮膚障害 [紅斑・水疱・落屑等]