

[軽吐]ゲムシタビン療法(膝)

外科: 管理番号 RSE001

処方医: _____

適応: 膵臓癌

3週投与、1週休薬を1コースとし、くりかえす

身長: _____ cm

体重: _____ kg

体表面積: _____ m²

投与	投与	投与	休	投与
DAY1	DAY8	DAY15	DAY22	DAY29

[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

24Gにてルート確保
(炎症)
薬剤師: _____

薬剤師: _____

[適正使用基準]

1. PS (Performance Status)が0~2である	[DLF]			
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	・骨髄抑制 (WBC、PLT)			
3. 胸部への放射線療法を施行していない				
*4. 重症感染症を併発していない				
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)	4000~12000		
	Neut (/μL)	2000 ≤		
	*PLT (/μL)	10万 ≤		
	HGB (g/dL)	9.5 ≤		
血清生化学検査	GOT/GPT (IU/L)	正常値上限の2.5倍以下		
	TBil (mg/dL)	正常値上限の2倍以下		
	Cr (mg/dL)	正常値上限以下		

[今回の投与量]

_____ mg/body

[累積投与量]

_____ mg/body

[今回の投与量]

_____ mg/body

[累積投与量]

_____ mg/body

[今回の投与量]

_____ mg/body

[累積投与量]

_____ mg/body

[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】
 - ・アナフィラキシー様症状【呼吸困難等】
 - ・心筋梗塞【胸痛・呼吸困難等】
 - ・うっ血性心不全【息苦しさ・むくみ・胸痛等】
 - ・肺水腫【呼吸困難・チアノーゼ等】
 - ・気管支痙攣【呼吸困難・喘鳴等】
 - ・成人呼吸促迫症候群 (ARDS)【呼吸困難等】
 - ・腎不全【むくみ・尿量低下等】
 - ・溶血性尿毒症症候群【紫斑・むくみ・尿量低下等】
 - ・皮膚障害【紅斑・水疱・落屑等】