

ゲムシタビン+S-1(隔日)療法

患者番号: 氏名: 性別: 年齢:

| | | | |
|----------|-----|-----|--|
| がん種 (適応) | 膵臓癌 | | |
| 開始年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 体格 | 身長 | cm | 体重 kg 体表面積 m ² |
| 嘔気・嘔吐リスク | 軽度 | 制吐剤 | グラニセトロン注 |
| 特記事項 | | | |

| 投与薬剤 | 投与量 | 投与時間 | 投与スケジュール | | | |
|--------|--------------------------------|------|----------|------|-------|-------|
| | | | Day1 | Day8 | Day15 | Day22 |
| ゲムシタビン | mg (1000mg/m ²) | 30分 | ● | × | ● | × |
| エスワン | mg / 回 | | 月・水・金・日 | | | |

| 体表面積 | 初回基準量 (テガフル相当量) |
|--|-----------------|
| 1.25 m ² 未満 | 40mg/回 |
| 1.25 m ² 以上～1.5 m ² 未満 | 50mg/回 |
| 1.5 m ² 以上 | 60 mg/回 |

※腎機能を考慮した上で初回基準量を調節

【処方が必要な内服薬】

| |
|--------------------------------|
| エスワンタイホウ () 錠 2×朝夕食後 (月水金日) |
|--------------------------------|

- HBs 抗原(+) → 消化器内科紹介
- HBs 抗原(-) → HBs 抗体(-)and HBc 抗体(-) → HBV-DNA 定量(-) → 3ヵ月毎 定量
- HBs 抗体(+)and/or HBc 抗体(+) → HBV-DNA 定量(+) → 消化器内科紹介

指示医師サイン _____