

(入院・外来) 化学療法治療計画書

発行日 年 月 日

〈治療レジメン名〉 CAPOX(XELOX)+BEV療法

変更 (① / 、② /)

薬剤	投与量	投与方法	投与スケジュール
BEV (アバスタチン)	7.5mg/kg	点滴静注	Day 1
エルプラット	130mg/m ²	点滴静注	

*カペシタビン錠 2000mg/m²経口(14日間)

外来 科 主治医

患者名 様 ID:

生年月日:(M・T・S・H) 年 月 日(歳) 性別: 男性・女性

身長 cm 体重 kg 体表面積 m² 病名

No.	予定時刻	ルート	用法	薬剤名(規格量)	指示量	施行量	所要時間
ア	:		経口	イメンドカプセル	125mg	1 C	
	:	主管	点滴	生理食塩液	50mL	1 B	ルート確保
イ	:	主管	点滴	生理食塩液	100mL	1 B	30分
				ラモセトロン注「EMEC」	0.3mg	1 B	
				デキサート注	6.6mg	1 V	
				ガスター注(20mg)	20mg	1 A	
ウ	:	主管	点滴	生理食塩液	100mL	1 B	※初回90分
				アバスタチン注	7.5mg/kg	mg	
エ	:	主管	点滴	5%ブドウ糖	250mL	1 B	120分
				エルプラット注	130mg/m ²	mg	
	:	主管	点滴	生理食塩液 (ルート確保に用いた残り)			分

〈治療開始日〉 年 月 日

〈変更開始日〉① 年 月 日

〈投与スケジュール〉 21日(3週)で1クール

Day	1	8	15
アバスタチン	↓	休薬	休薬
エルプラット	↓	休薬	休薬

*カペシタビン錠 2000mg/m²/day経口(14日間)
(Day1 タ～)

※カペシタビンの投与量

- ・体表面積1.36未満:1回量は1200mg
- ・体表面積1.36以上、1.66未満:1回量:1500mg
- ・体表面積1.66以上、1.96未満:1回量:1800mg
- ・体表面積1.96以上:1回量2100mg

【注意事項】(同一レジメンを使用する患者全員に対して)

例)バイタルをとるタイミング・回数、血管外漏出時の対応(Dr. コール前にする事)

・イメンドカプセルは、エルプラット注投与1時間～1時間30分前に服用すること。

【患者個別対応】(患者個人での注意事項)

例)アレルギー、終了後の安静など