患者ID：

プロトコール名：GEM

投与歴：　初回　・　継続

患者氏名：

投与開始日：平成　　年　　月　　日

前回投与日：平成　　年　　月　　日

生年月日：

確認印	プロトコール	書記	薬局	看護師	医師
			確認印	確認印	確認印

身長：　　　　cm　　体重：　　　　kg

体表面積：　　　　㎡

メインボトル	薬剤名	1回量	規格・計量	回数→ 投与速度	日	日	日	日	日	日	日	日
① ポート開通確認用 生理食塩液10mlシリンジ：1本												
② 生食100ml	ｼﾞｪﾑｻﾞｰﾙ （1000mg/㎡）	mg	200mgﾊﾞｲｱﾙ：(　　　) 1gﾊﾞｲｱﾙ：(　　　)	30分								

【処方（院内処置算定）】	下記該当欄にチェック
・自己抜針用生理食塩液10mlシリンジ：1本	
・ｲﾒﾝﾄﾞｶﾌﾟｾﾙ125mg：1ｶﾌﾟｾﾙ（②開始と同時に服用）	
・	
・	

【院外処方（化学療法のレジメンとして含む薬剤）】	下記該当欄にチェック
・ｲﾒﾝﾄﾞｶﾌﾟｾﾙ80mg：1-0-0（Day②③朝食後）	
・ﾃﾞｶﾄﾞﾛﾝ錠0.5mg：6-2-0（Day②③）（※ｲﾒﾝﾄﾞ服用時は1/2量で）	
・	
・	

【自宅での副作用対応】	下記該当欄にチェック
・（発熱時）：	
・（嘔気時）：	
・	
・	
・	
・	

【適応基準】
1. 膵がん（切除不能・進行再発、術後補助療法）
2. PS 0～2
3. 以下の骨髄・肝・腎機能を有する症例
　白血球数：4,000～12,000/㎜、ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ：9.0以上、血小板数：100,000/㎜ 以上、
　総ビリルビン：1.5mg/dL以下、AST/ALT：100U/L以下、
　クレアチニンクリアランス：60ml/min以上

【適応基準（高齢者の場合）】
1. 75歳以上は個別に検討
2. 前治療の多い3rd lineは施行しない
3. 70～74歳：症例ごとに検討
4. 前治療での副作用が許容されている（参考にする）
5. PS 0
6. 前治療の減量、治療延期が許容内

標準スケジュール		Day 1	・	・	・	8	・	・	・	15	・	・	・	22	・	・	・	28		Day 1	・	・
ジェムザール	1000mg/㎡	↑				↑				↑												

★投与基準不適合項目にチェック

【投与基準】	日	日	日	日	日	日	日	日
※白血球数：　クール開始前（4000/2000以上）								
同一クール内（2000/1000以上）								
※血小板数：　クール開始前（100000以上）								
同一クール内（70000以上）								
総ビリルビン：1.5mg/dL以下								
※AST/ALT：T-Bil、CCr基準値内であれば該当なし								
クレアチニンクリアランス：60ml/min以上								
間質性肺炎または肺線維症を認めない								
多量の腹水、胸水を認めない								
感染を疑わせる38℃以上の発熱がない								
非血液毒性（食欲低下を除く）がGrade2以下								

〈備考〉

※上記基準すべてを満たすまで投与延期

【減量基準】

白血球減少（好中球）	クール開始時	グレード2	3000～2000 （1500～1000）	回復するまで投与延期 ※クール開始時のWBCは個別に判断 ※グレード4：20～25%減量
	同一クール内	グレード3	1900～1000 （990～500）	
血小板		グレード4	25000未満	※グレード4：20～25%減量
総ビリルビン		1.6mg/dL以上		20%減量
クレアチニンクリアランス		60未満		20～25%減量
その他の非血液学的項目		グレード3以上		20～25%減量

確認印	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査

確認印	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査