患者ID：　　プロトコール名：S-1+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：

身長：　cm　　体重：　kg

体表面積：　㎡

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

| 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：（　）<br>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（化学療法のﾚｼﾞﾒﾝとして含む薬剤）】　下記該当欄にチェック

- ・TS-1（80mg/㎡：Day①～⑭）：
- ・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　※GEMSAP trialは1st lineでの導入であることに留意）
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：9.5以上、血小板数：100,000/㎣ 以上、
   総ビリルビン：1.5mg/dL以下、AST/ALT：80U/L以下、
   クレアチニンクリアランス：80ml/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 | ・ | ・ | 14 | 15 | ・ | ・ | ・ | 22 | ・ | ・ | ・ | 28 | Day 1 | ・ | ・ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ジェムザール | 1000mg/㎡ | ↑ | | | | | | | | ↑ | | | | | | | | | | | |
| TS-1 | 80mg/㎡ | → | → | → | → | → | → | → | → | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

★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（3500以上） | | | | | | | | |
| 同一クール内（2000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 | 回復するまで投与延期 |
| | | | （1500～1000） | |
| | 同一クール内 | グレード3 | 1900～1000 | GEM減量（800mg/㎡）を検討 |
| | | | （990～500） | |
| 血小板 | | | 75000 | GEM（800mg/㎡）、S1減量を検討 |
| 総ビリルビン | | 1.6mg/dL以上 | | GEM（800mg/㎡）、S1減量を検討 |
| クレアチニンクリアランス | | 60未満 | | |
| その他の非血液学的項目 | | グレード3以上 | | |

※1st以降でのGEM/S-1併用における明確な減量基準はない（単剤における基準のうち厳格な方を適用）

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |