患者ID：

患者氏名：

生年月日：

身長：　cm　体重：　kg

体表面積：　㎡

プロトコール名：
髄注（MTX/Ara-C/DEX

投与歴：　初回　・　継続

投与開始日：　年　月　日

前回投与日：　年　月　日

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	ﾒｿﾄﾚｷｾｰﾄ	15mg	5mgﾊﾞｲｱﾙ：3v	髄注								
	ｷﾛｻｲﾄﾞ	40mg	40mgﾊﾞｲｱﾙ：1v									
	ﾃﾞｶﾄﾞﾛﾝ	4mg	ﾃﾞｶﾄﾞﾛﾝ8mg：0.5v									

【処方（院内処置算定）】	下記該当欄にチェック							
・								
・								
・								

【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							
・ST合剤orｲｿﾆｱｼﾞﾄﾞ								

【自宅での副作用対応】	下記該当欄にチェック							
・（発熱時）：LVFX 500mg/回　、ｱｾﾄｱﾐﾉﾌｪﾝ 400mg/回　（解熱しなければ受診）								
・（嘔気時）：								
・								
・								
・								
・								

【適応基準】
1. non-Hodgkin /
2. B-cell /
3. Indrent / Aggressive /
4. FL / DLBCL / MCL / MALT /
5. Tranceplant / non-Tranceplant
6. Primary / maintenance /

1サイクル＝　週	予定回数＝	Day 1																							
MTX	15mg	↑																							
Ara-C	40mg	↑																							
DEX	4mg	↑																							

★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：								
好中球数：								
血小板数：								
ヘモグロビン値：								
総ビリルビン：								
AST/ALT：								
Cr：								
CCr：								
非血液毒性（食欲低下を除く）がGrade2以下								

※上記基準すべてを満たすまで投与延期

【要観察項目】
- ・心機能
- ・DXR累積投与量
- ・HFS
- ・神経障害（筋、知覚、自律）
- ・出血性膀胱炎
- ・TLS
- ・SWS
- ・FN
- ・IR

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