

患者ID: _____

プロトコール名: bi-weekly DTX 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: _____ m²

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

メインボトル	薬剤名	1回量	規格・計量	回数→ 投与速度	回数→																											
					日	日	日	日	日	日	日	日	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																																
	タキソテール (mg/m ²)	mg	80mgパリアル:() 20mgパリアル:()																													

【処方(院内処置算定)】	下記該当欄にチェック
・	
・	
・	

【院外処方(化学療法のレジメンとして含む薬剤)】	下記該当欄にチェック
・テカトロン錠0.5mg:	
・	
・	
・	

【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. 前立腺がん
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/mm、ヘモグロビン: 9.0以上、血小板数: 100,000/mm 以上、 総ビリルビン: 1.5mg/dL以下、AST/ALT: 100U/L以下、 クレアチンクリアランス: 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	Day
		1 8 14 1 8 14	
タキソテール	mg/m ²	↑	↑

★投与基準不適合項目にチェック											〈備考〉
【投与基準】	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	
白血球数: 4000/好中球数: 2000以上 (白血球数3000未満は投与不可)											
血小板数: 100000以上 (50000未満は投与不可)											
ヘモグロビン値: 10.0以上 (8.0未満は投与不可)											
総ビリルビン: 1.5mg/dL以下											
AST/ALT: 100U/L以下											
クレアチンクリアランス: 60ml/min以上 (血清Cr: 施設基準値×1.5未満)											
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											

※上記基準すべてを満たすまで投与延期

【減量基準】	血小板	グレード3以上(Plt: 5万未満)	※出血または血小板輸血を要した場合
	その他の非血液学的項目	グレード3以上	※高血圧、高血糖、悪心・嘔吐、食欲不振、疲労及び過敏症を除く

前立腺がん	初回投与量	1段階減量	2段階減量
	75mg/m ²	60mg/m ²	45mg/m ²

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