患者ID：　　プロトコール名：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：　㎡

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50ml	ﾃﾞｶﾄﾞﾛﾝ ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝｼﾘﾝｼﾞ	8 mg 3 mg	8mgﾊﾞｲｱﾙ：(　　)v 3mgｼﾘﾝｼﾞ：1本	15分								
③ 5%ブドウ糖250ml	タキソテール (30～35mg/㎡)	mg	80mgﾊﾞｲｱﾙ：(　　) 20mgﾊﾞｲｱﾙ：(　　)	60分								

【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							
・ﾃﾞｶﾄﾞﾛﾝ錠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. 進行再発・転移性乳がん(2nd以降)
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.
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	…
タキソテール	30～35mg/㎡	↑				↑				↑										↑	

★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：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								
クレアチニンクリアランス：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

〈備考〉

【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

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