

患者ID: _____ プロトコール名: TC 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	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	デカロン	mg	8mgバイアル:()v	30分							
		プロイメント	mg	150mgバイアル:()v								
		アロキシ	mg	0.75mgバイアル:()v								
		グラニセロン	mg	3mgシリンジ:()v								
③	5%ブドウ糖250ml	タキソテル (75mg/m ²)	mg	80mgバイアル:() 20mgバイアル:()	60分							
④	5%ブドウ糖250ml	エンドキサン (600mg/m ²)	mg	100mgバイアル:()瓶 500mgバイアル:()瓶	60分							
⑤	※生食50mlフラッシュ				全開							

【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	
【副作用対策】	
・アプレピタント:	
・デキサメタゾン:	
	下記該当欄にチェック
【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. 乳癌(術前・術後、転移再発例)
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/mm³、ヘモグロビン: 9.0以上、血小板数: 100,000/mm³以上、
総ビリルビン: 1.2mg/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
4. 心機能異常またはその既往歴がない(心電図正常)

【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	21	Day	1	8	15	21	...
ドセタキセル	75mg/m ²	↑					↑					
サイクロホスファミド	600mg/m ²	↑					↑					

★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	＜備考＞
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: 1.2mg/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								

※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
発熱性好中球減少症・好中球<500が1週間持続		
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

肝機能障害時(ドセタキセル)			肝機能障害時(サイクロホスファミド)		
T-Bil	>1.5	中止	T-Bil: 3.1~5.0 or GOT: 180以上		25%減量
GOT/GPT	>60		T-Bil: 5.1以上		中止
ALP	>2.5×ULN		腎機能障害時(サイクロホスファミド)		
CCr	50以上	減量なし			
	10~50	25%減量			
	10以下	50%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