患者ID：　　プロトコール名：GC　　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												
生食100ml	ｼﾞｪﾑｻﾞｰﾙ（1000mg/㎡）	mg	200mgﾊﾞｲｱﾙ：（　） 1gﾊﾞｲｱﾙ：（　）	30分								
生食500ml	ﾗﾝﾀﾞ（70mg/㎡）	mg	10mgﾊﾞｲｱﾙ：（　） 50mgﾊﾞｲｱﾙ：（　）	2時間以上								

【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							
・ｲﾒﾝﾄﾞｶﾌﾟｾﾙ80mg：1-0-0（Day②③朝食後）								
・ｽﾃﾛｲﾄﾞ（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. 尿路上皮がん（術前化学療法、ステージⅡ・Ⅲ術後補助化学療法、ステージⅣ）
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：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	2	・	・	8	・	・	・	15	・	・	・	22	・	・	・	28	Day 1	・	・
ジェムザール	1000mg/㎡	↑				↑				↑											
ランダ	70mg/㎡		↑																		

★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（4000/2000以上）								
同一クール内（2000/1000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 （1500～1000）	回復するまで投与延期 ※クール開始時のWBCは個別に判断 ※グレード4：20～25%減量
	同一クール内	グレード3	1900～1000 （990～500）	
血小板		グレード4	25000未満	※グレード4：20～25%減量
総ビリルビン		1.6mg/dL以上		20%減量
クレアチニンクリアランス		60未満		20～25%減量
その他の非血液学的項目		グレード3以上		20～25%減量

※腎機能とCDDP投与量　①CCr 60以上：減量なし　②CCr 60～30：20～50%減量　③CCr 30未満：投与不可

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