患者ID：　　プロトコール名：M-VAC　　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												
（単）												
（単）												
（単）												
（単）												
（単）												
（単）												
（単）												
（単）												
（生食100ml）	ﾒｿﾄﾚｷｾｰﾄ（30mg/㎡）	mg	10mgﾊﾞｲｱﾙ：（　） 50mgﾊﾞｲｱﾙ：（　）	（60分）								
（生食500ml）	ソル・メドロール	125 mg	125mg：1瓶	3時間								
（生食50ml）	ｴｸｻﾞｰﾙ（3mg/㎡）	mg	10mgﾊﾞｲｱﾙ：（　）	（30分）								
（5%ブドウ糖50ml）	ｱﾄﾞﾘｱｼﾝ（30mg/㎡）	mg	10mgﾊﾞｲｱﾙ：（　） 50mgﾊﾞｲｱﾙ：（　）	（30分）								
（生食50ml）	プロイメンド	150 mg	150mg：1瓶	15分								
（生食50ml）	アロキシ	0.75 mg	0.75mg：1瓶	15分								
ﾏﾝﾆｯﾄｰﾙS 300ml				60分								
（生食500ml）	ﾗﾝﾀﾞ（70mg/㎡）	mg	10mgﾊﾞｲｱﾙ：（　） 50mgﾊﾞｲｱﾙ：（　）	（2.5時間）								
ﾏﾝﾆｯﾄｰﾙS 300ml	ﾗｼｯｸｽ	20 mg	20mg：1ｱﾝﾌﾟﾙ	60分								

【処方（院内処置算定）】	下記該当欄にチェック							
※Day0から水分負荷								
・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（アジュバント、ネオアジュバント、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	2	・
anti emic			↑																		↑	
ﾒｿﾄﾚｷｾｰﾄ(MTX)	30mg/㎡	↑								↑				↑						↑		
ｴｸｻﾞｰﾙ(VBL)	3mg/㎡		↑							↑				↑							↑	
ｱﾄﾞﾘｱｼﾝ(DXR)	30mg/㎡		↑																		↑	
ﾗﾝﾀﾞ(CDDP)	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（　/　以上）								
※血小板数：クール開始前（100000以上）								
同一クール内（　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								

※上記基準すべてを満たすまで投与延期

〈備考〉

【減量基準】

		MTX	CDDP	DXR	VBL
クレアチニンクリアランス	30～60	50%減量	50%減量		
	＜30	中止	中止		
総ビリルビン	1.5～3.0			50%減量	
	3.1～5.0	25%減量		75%減量	
	＞5.1	中止		中止	
AST	＞180	25%減量			
その他の非血液学的項目	グレード3以上				

※末梢神経障害

※高音域聴力障害

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