患者ID：　　プロトコール名：TIN療法　　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												
	(hydration)											
	(hydration)											
	(hydration)											
	(hydration)											
	ﾃﾞｶﾄﾞﾛﾝ	mg	8mg瓶：(　)V									
	ｶﾞｽﾀｰ	20 mg	20mgｱﾝﾌﾟﾙ：1A									
	ﾎﾟﾗﾗﾐﾝ	mg	5mgｱﾝﾌﾟﾙ：(　)A									
	強力ネオミノファーゲンシー		20mlｱﾝﾌﾟﾙ：(　)A									
	ﾌﾟﾛｲﾒﾝﾄﾞ	mg	150mgﾊﾞｲｱﾙ：(　)v									
	ｱﾛｷｼ	mg	0.75mgﾊﾞｲｱﾙ：(　)v									
	ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ	mg	3mgｼﾘﾝｼﾞ：(　)v									
	ﾃﾞｶﾄﾞﾛﾝ	mg	8mg瓶：(　)V									
	ﾌﾟﾛｲﾒﾝﾄﾞ	mg	150mgﾊﾞｲｱﾙ：(　)v									
	ｱﾛｷｼ	mg	0.75mgﾊﾞｲｱﾙ：(　)v									
	ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝ	mg	3mgｼﾘﾝｼﾞ：(　)v									
(200ml)	ﾀｷｿｰﾙ(専用ﾙｰﾄ) (175mg/㎡)	mg	30mg瓶：(　)V 100mg瓶：(　)V	3時間								
(300ml)	ｱｸﾌﾟﾗ (70mg/㎡)	mg	10mg瓶：(　)V 50mg瓶：(　)V	3時間								
(500ml)	ｲﾎﾏｲﾄﾞ (1500mg/㎡)	mg	1000mg瓶：(　)V	4時間								
	ｳﾛﾐﾃｷｻﾝ (ｲﾎﾏｲﾄﾞ1回量の20%)	mg	100mg瓶：(　)V 400mg瓶：(　)V	15分								
※ｳﾛﾐﾃｷｻﾝの投与は3回(①：ｲﾎﾏｲﾄﾞ開始時、②ｲﾎﾏｲﾄﾞ開始から3-4時間後、③ｲﾎﾏｲﾄﾞ開始から6-8時間後)												
	ｳﾛﾐﾃｷｻﾝ (ｲﾎﾏｲﾄﾞ1回量の20%)	mg	100mg瓶：(　)V 400mg瓶：(　)V	15分								
	ｳﾛﾐﾃｷｻﾝ (ｲﾎﾏｲﾄﾞ1回量の20%)	mg	100mg瓶：(　)V 400mg瓶：(　)V	15分								
	(hydration：500-1000ml)											
	(hydration)											
	(hydration)											
	(hydration)											

【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								
・								

【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(朝食後)								
・ｽﾃﾛｲﾄﾞ(※ｲﾒﾝﾄﾞおよびﾌﾟﾛｲﾒﾝﾄﾞ使用時は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(GC、M-VACおよび改変レジメン無効例)
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/㎜ 、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	・	・
タキソール	175mg/㎡	↑																			
アクプラ	70mg/㎡	↑																			
イホマイド	1500mg/㎡	↑	↑	↑																	
※ウロミテキサン併用		↑	↑	↑																	

★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×1.5以内								
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】

クレアチニンクリアランス	イホマイド	アクプラ
45～60	3600mg/㎡	減量なし
30～45	3375mg/㎡	35mg/㎡

減量基準：肝機能障害時パクリタキセル

GOT・GPT：400未満　かつ　T-Bil：1.5～2.4	25%減量
GOT・GPT：400未満　かつ　T-Bil：2.5～6.0	50%減量
GOT・GPT：400以上　または　T-Bil：6.1以上	中止

【減量基準：パクリタキセル】

白血球減少(好中球)	クール開始時	グレード2	3000～2000	回復するまで投与延期 ※グレード4：1段階減量
			(1500～1000)	
	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	1段階減量
末梢神経障害		グレード3以上		1段階減量(考慮)
その他の非血液学的項目		グレード3以上		1段階減量(考慮)

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