がん化学療法指示票	レジメンNo.	GI-34	GEM(Adjuvant)
	対象	膵臓癌の術後補助(S-1の内服ができない患者)	

患者に関する情報	治療開始日　　年　　月　　日	医師名	

ID　　氏名　　様　　年齢(　　)才　性別(M・F)

身長(　　)cm 体重(　　)kg　体表面積(　　)㎡

血清Cr(　　)mg/dl　　□(　　)コース施行予定

薬剤商品名（一般名）	投与量（mg/㎡等）	投与方法 div.iv.po等	投与スケジュール（日） 1 5 8 10 15 20 25 30
ゲムシタビン	1000mg/㎡	div	○　○　○

投与間隔・休薬期間等：28日＝1コース　3コースまで　　1コース

【投与処方例（前投薬など）】　　□ 当院推奨制吐剤（経口）は必要なし

Day1.8.15

① メインルート【緑】 生理食塩液250mL　/ div

② メイン【赤-1】 生理食塩液100mL＋デキサート6.6mg　/div 30分

③ メイン【赤-2】 5%ブドウ糖液100mL＋ゲムシタビン　/div 30分　□ 推奨制吐剤以外を使用する際は赤字で以下に記載

【肝機能障害による減量基準】

※ゲムシタビン　　T-bil＞1.6mg/dLでは肝毒性のリスクは高いため80%Doseを検討する

【腎機能低下時の減量方法】

※ゲムシタビン　　Ccr59mL/min以下では投与量は基本的に正常者と同じだが、ゲムシタビンの代謝物のクリアランスが低下するため慎重に投与する必要がある。

【副作用による減量基準】

※血液毒性(前コース)

白血球＜2000/μLまたはPLT＜7万/μLで投与延期し、骨髄機能回復後：GEM80%Dose

【投与量や治療に関する注意点】（腎機能悪いので×０．８です　etc…　）

※ゲムシタビン投与中は温罨法を行う。

【IC内容】

□病名告知済み　　□病名告知未（本人に告知した病名：　　）

【投与経路】

□末梢静脈　→　□（左　・　右）穿刺可

□CVポート　→　□ヒューバー針：22G×（18mm　・　25mm）

【de novo 肝炎チェック】検査実施日：　　年　　月　　日、　　年　　月　　日、　　年　　月　　日

□HBs抗原（+）→ □消化器内科紹介

□HBs抗原（-）→ □HBs抗体（-）andHBc抗体（-）→ □HBV-DNA定量（-）→ 月１定量

□HBs抗原（-）→ □HBs抗体（+）and/orHBc抗体（+）→ □HBV-DNA定量（+）→ □消化器内科紹介

□検査中（検査提出日：　　年　　月　　日）