薬局用・病棟用

化学療法指示書
SOX(S-1+L-OHP)+Nivo

＜対象疾患＞切除不能進行・再発の胃がん
治療内容（1クール期間：21日・総クール数：PDまで）

ID：@PATIENTID　患者氏名：@PATIENTNAME　医師：@ACTIVEUSERNAME
年齢(歳)：@PATIENTAGEYE　性別：@PATIENTSEXN
身長(cm)：@REF_HEIGHT_01　体重(kg)：@REF_WHEIC　体表面積(m^2)：
クール数：　回目　投与開始日：

day 1

本体：ボトル①
側管：ボトル②

ボトル① ルートキープ・フラッシュ用
生理食塩水（50mL） 1 本

※初回は②投与後30分観察

ボトル② 点滴静注
生理食塩水（100mL） 64 mL
オプジーボ（240mg/24mL） 240 mg
オプジーボ（120mg/12mL） 120 mg
【 標準量 360 mg/body： 360 mg】

30分

ボトル③

ボトル③ フラッシュ用
生理食塩水（50mL） 1 本

全開

ボトル④

ボトル④ 点滴静注
パロノセトロン（0.75mg/50mL） 1 袋
デカドロン（3.3mg/1mL） 2 A

30分

ボトル⑤

ボトル⑤ 点滴静注
5%ブドウ糖（250mL） 1 本
オキサリプラチン（200mg/40mL） mg
オキサリプラチン（100mg/20mL） mg
オキサリプラチン（50mg/10mL） mg
【 標準量 130 mg/m^2： ###### mg 】

120分

ボトル①

ボトル①
ボトル①の生理食塩水でフラッシュ

day 1夕食後～day 15朝食後

エスワンタイホウ配合OD錠（20mg） 錠 分2 朝・夕食後
エスワンタイホウ配合OD錠（25mg） 錠 分2 朝・夕食後

体表面積	初回基準量(テガフール相当量)
1．25m2未満	40mg／回
1．25m2以上1．5m2未満	50mg／回
1．5m2以上	60mg／回

（参考）エスワンタイホウ錠インタビューフォーム

【医師のコメント】

【薬剤師のコメント】
・S-1は腎障害時は減量が必要
・使用するケモセーフロック
　ボトル② バックスパイク×1
　ボトル③ バッグスパイク×1
　ボトル⑤ バイアルアダプター×必要分、コネクター×必要分、バッグスパイク×1

調製者	監査者