

がん化学療法開始時チェックリスト

化学療法委員会作成(平成29年5月)

レジメン名：

- | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 医師からのインフォームド・コンセント | (| / |) |
| <input type="checkbox"/> | 薬剤師からのインフォームド・コンセント | (| / |) |
| <input type="checkbox"/> | 看護師からのオリエンテーション | (| / |) |
| <input type="checkbox"/> | 同意書記入 | (| / |) |
| <input type="checkbox"/> | 特定生物由来製品同意書記入(アブラキサン) | (| / |) |
| <input type="checkbox"/> | 胸部X線もしくは胸部CT(内服を含むすべての抗がん剤) | (| / |) |
| | 注:治療開始前1ヶ月以内に行うこと | | | |
| <input type="checkbox"/> | 当日採血の有無()当日採血あり()当日採血なし() | | | |
| | ※血清カリウム、カルシウム、マグネシウムのチェック(アビタックス、ベクティビックス、タグリソ) | | | |
| <input type="checkbox"/> | KL6測定(内服を含むすべての抗がん剤) | (| / |) |
| | 注:治療開始前1ヶ月以内に行うこと | | | |
| <input type="checkbox"/> | HBs抗原測定(内服を含むすべての抗がん剤) | (| / |) |
| | 注:治療開始前1ヶ月以内に行うこと | | | |
| <input type="checkbox"/> | HBc抗体測定(内服を含むすべての抗がん剤) | (| / |) |
| | 注:治療開始前1ヶ月以内に行うこと | | | |
| <input type="checkbox"/> | HBs抗体測定(内服を含むすべての抗がん剤) | (| / |) |
| | 注:治療開始前1ヶ月以内に行うこと | | | |

注: HBs抗原、HBc抗体、HBs抗体については、下記コメントを付ける。

「(免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策ガイドライン)にそってHBs抗原等の検査を実施」

- | | | | | | | | |
|--------------------------|--|-------------------|---|------|---|---|------|
| <input type="checkbox"/> | 心エコー依頼 | 注:治療開始前1ヶ月以内に行うこと | (| / |) | | |
| | (アトリアン、ウオトリエント、エトピシ、カササイラ、シスプラチンshort hydration、トキシル、ハーセプチン、パージェタ) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 心電図依頼 | 注:治療開始前1ヶ月以内に行うこと | (| / |) | | |
| | (ウオトリエント、タグリソ、トキシル) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 循環器内科受診依頼 | 注:治療開始前1ヶ月以内に行うこと | (| / |) | | |
| | (シスプラチンshort hydrationレジメン患者で心エコー検査異常時) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 眼科受診依頼(アブラキサン、トセタセル、ハクリタセル、TS1) | (| / |) | | | |
| <input type="checkbox"/> | 口腔外科受診依頼 | (| / |) | | | |
| | (細胞毒性を持つすべての注射抗がん剤、ゾレドロン酸、ランマーク) | | | | | | |
| | 注:ハーセプチンなど分子標的薬の単独投与は含まれない | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 皮膚科受診依頼 | (| / |) | | | |
| | (アビタックス、イレッサ、ジオトリフ、スチバーガ、スーテト、セローダ、タルセバ、ネクサパール、ベクティビックス) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | フットケア依頼 | (| / |) | | | |
| | (アビタックス、ベクティビックス、イレッサ、タルセバ、ジオトリフ) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | シスプラチン投与患者; 投与前の24時間尿測 | (| / |) | | | |
| <input type="checkbox"/> | イリノテカン投与患者; UGT1A1 遺伝子測定(説明書・同意書あり) | (| / |) | | | |
| | 注: FOLFIRINOX療法、FOLFOXIRI療法は必須とする | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | ウオトリエント・オプジーボ・キイトルーダ投与患者; | (| / |) | | | |
| | ホルモン検査「甲状腺刺激ホルモン(TSH)、遊離トリヨードサイロン(FT3)、遊離サイロキシ(FT4)」 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 糖尿病の既往、治療歴確認 | (| / |) | | | |
| | 「糖尿病」 | (|) | 既往あり | (|) | 既往なし |
| | 「糖尿病治療内容」 | (|) | 内服 | (|) | 注射 |