

化学療法センター薬薬連携

====運用マニュアル====

【目的】

一宮市立市民病院ではがん患者さんの地域連携を支援する方策として、医療施設で行われているがん化学療法についての情報(治療レジメンと投与量、治療によって予測される副作用、支持療法、副作用対策など)を記載した情報提供用紙(詳細は別紙参照)を作成し、これを用いて保険薬局と医療機関での相互の情報共有を目指す。

【運用方法】

- ① 外来化学療法専任薬剤師が、外来化学療法における情報提供用紙の意義と運用について患者さんに説明を行い、同意を得る。
- ② 外来化学療法専任薬剤師が、外来化学療法時に情報提供用紙を作成し、患者さんに交付するとともに、情報提供用紙を保険薬局で提示するように指導する。
- ③ 保険薬局では指導内容や気付いた点を「保険薬局薬剤師より」の項目へ記載して頂く。
- ④ 記載後は、保険薬局より医療機関へ FAX にて返信する。

【情報提供用紙の内容説明】

No.	項目	解説
①	患者情報	個人情報を含むため、患者もしくは家族に同意を取っているが、管理には十分注意が必要。
②	投与レジメンと予測される主な副作用	1 コースあたりの投与方法を記載(空欄に実投与量を記入すること)。 投与薬剤名は商品名で記載。 予想される主な副作用は、各レジメンで知られている代表的な副作用を、「その他」にはそれ以外に重要と思われる副作用や症状を手書きで記載すること。
③	連絡事項 支持療法・指導時の留意点など	化学療法中に発現した副作用や支持療法・患者指導時の留意点などを記載。 医療施設の薬剤師が患者さんから収集した情報をリアルタイムに記載。 患者指導時に確認すべき内容や患者情報など特に保険薬局薬剤師に伝える必要がある情報を記載。
④	副作用対策など	特に注意が必要な抗がん剤の副作用対策などを、医療機関での指導内容を中心にポイントをしぼって記載。保険薬局での指導に活用可能。
⑤	保険薬局薬剤師からの情報提供	保険薬局からの情報提供欄。 指導内容や気付いた点を記載。記載後は、医療機関へ FAX で返信する。

情報提供用紙(Xelox 療法)

ID: _____

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者:(施設名) 一宮市立市民病院 (氏名) _____ (薬剤師・看護師)

医療施設連絡先: 0586-71-1911 FAX: 0586-23-6016

(投与レジメン) 今回は、 _____ コース _____ 日目です

身長: _____ cm 体重: _____ kg 体表面積: _____ m²

レジメン内容	処方内容(実投与量)	1日目.....14日目.....22日目.....
カペシタビン錠 2000mg/m ² (経口投与)		→ → → → → → → → → → → → → → → →
エルプラット 130mg/m ² (点滴静注)		↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓

*カペシタビン錠は1日目(夕)から内服開始の場合は15日目(朝)まで内服することになります。

(予測される主な副作用)

骨髄抑制、消化器障害(嘔気、下痢、便秘、口内炎など)、末梢神経障害、手足症候群

その他(_____)

(連絡事項) 支持療法薬・指導時の留意点など

(手足症候群(HFS)のケアについて)

- ・HFS 予防として、保湿クリームの頻回塗布(目安 1 日 5 回以上、入浴後は 15 分以内)(カペシタビン休薬中も継続)
- ・皮膚以外に、手足の爪のセルフチェック
- ・皮膚・爪の保護に、熱刺激(高温での入浴・炊事など)や直射日光、衣服による手足の圧迫を避ける

(エルプラットの末梢神経障害の予防について)

- ・投与後 5 日間程度は、エアコンの送風や冬場の外気など冷気への直接の暴露や冷たい飲食物の摂取を避ける

(保険薬局薬剤師より)

指導日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 薬剤師名(薬局名): _____ (_____)

服薬アドヒアランス (良好・不良)

治療に対する理解度 (良好・不良)

医療機関への連絡事項・情報提供用紙に関するご要望

個人情報保護法に基づき、同意の上で作成しました。指導後に本紙を一宮市民病院へ FAX で返信して下さい。

情報提供用紙(BV+Xelox 療法)

ID: _____

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者:(施設名) 一宮市立市民病院 (氏名) _____ (薬剤師・看護師)

医療施設連絡先: 0586-71-1911 FAX: 0586-23-6016

(投与レジメン) 今回は、 _____ コース _____ 日目です

身長: _____ cm 体重: _____ kg 体表面積: _____ m²

レジメン内容	処方内容(実投与量)	1日目.....14日目.....22日目.....
カペシタビン錠 2000mg/m ² (経口投与)		—————→ —————→
エルプラット 130mg/m ² (点滴静注)		↓ ↓
アバスチン 7.5mg/kg (点滴静注)		↓ ↓

*カペシタビン錠は1日目(夕)から内服開始の場合は15日目(朝)まで内服することになります。

(予測される主な副作用)

骨髄抑制、消化器障害(嘔気、下痢、便秘、口内炎など)、末梢神経障害、手足症候群、出血、高血圧、血栓塞栓症、蛋白尿、消化管穿孔、創傷治癒遅延

その他(_____)

(連絡事項) 支持療法薬・指導時の留意点など

(手足症候群(HFS)のケアについて)

- ・HFS 予防として、保湿クリームの頻回塗布(目安 1 日 5 回以上、入浴後は 15 分以内)(カペシタビン休薬中も継続)
- ・皮膚以外に、手足の爪のセルフチェック
- ・皮膚・爪の保護に、熱刺激(高温での入浴・炊事など)や直射日光、衣服による手足の圧迫を避ける

(エルプラットの末梢神経障害の予防について)

- ・投与後 5 日間程度は、エアコンの送風や冬場の外気など冷気への直接の暴露や冷たい飲食物の摂取を避ける

(アバスチン併用時の注意)

- ・自宅での定期的な血圧測定を行う _____ ・手術や抜歯の予定がある方は医師へ相談して下さい
- ・経験のないほど強い腹痛は消化管穿孔の可能性があるので、自己判断で鎮痛剤を使用しない
- ・上下肢の腫れ・浮腫みや痛み、胸痛や呼吸困難は動・静脈血栓塞栓症や虚血性心疾患の可能性があるので、主治医に連絡する

(保険薬局薬剤師より)

指導日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 薬剤師名(薬局名): _____ (_____)

服薬アドヒアランス (良好・不良)

治療に対する理解度 (良好・不良)

医療機関への連絡事項・情報提供用紙に関するご要望

個人情報保護法に基づき、同意の上で作成しました。指導後に本紙を一宮市民病院へ FAX で返信して下さい。

情報提供用紙(CB 療法)

ID: _____

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者:(施設名) 一宮市立市民病院 (氏名) _____ (薬剤師・看護師)

医療施設連絡先: 0586-71-1911 FAX: 0586-23-6016

(投与レジメン) 今回は、 _____ コース _____ 日目です

身長: _____ cm 体重: _____ kg 体表面積: _____ m²

レジメン内容	処方内容(実投与量)	1日目.....14日目.....22日目.....
カペシタビン錠 2000mg/m ² (経口投与)		—————→ —————→
アバスチン 7.5mg/kg (点滴静注)		↓ ↓

*カペシタビン錠は1日目(夕)から内服開始の場合は15日目(朝)まで内服することになります。

(予測される主な副作用)

骨髄抑制、消化器障害(嘔気、下痢、便秘、口内炎など)、手足症候群

その他(_____)

(連絡事項) 支持療法薬・指導時の留意点など

(手足症候群(HFS)のケアについて)

・HFS 予防として、保湿クリームの頻回塗布(目安 1日 5回以上、入浴後は 15分以内)(カペシタビン休薬中も継続)

・皮膚以外に、手足の爪のセルフチェック

・皮膚・爪の保護に、熱刺激(高温での入浴・炊事など)や直射日光、衣服による手足の圧迫を避ける

(アバスチン併用時の注意)

・自宅での定期的な血圧測定を行う _____ ・手術や抜歯の予定がある方は医師へ相談して下さい

・経験のないほど強い腹痛は消化管穿孔の可能性があるため、自己判断で鎮痛剤を使用しない

・上下肢の腫れ・浮腫みや痛み、胸痛や呼吸困難は動・静脈血栓塞栓症や虚血性心疾患の可能性があるので、主治医に連絡する

(保険薬局薬剤師より)

指導日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 薬剤師名(薬局名): _____ (_____)

服薬アドヒアランス (良好・不良)

治療に対する理解度 (良好・不良)

医療機関への連絡事項・情報提供用紙に関するご要望

個人情報保護法に基づき、同意の上で作成しました。指導後に本紙を一宮市民病院へ FAX で返信して下さい。

情報提供用紙(XELIRI 療法)

ID: _____

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者:(施設名) 一宮市立市民病院 (氏名) _____ (薬剤師・看護師)

医療施設連絡先: 0586-71-1911 FAX: 0586-23-6016

(投与レジメン) 今回は、 _____ コース _____ 日目です

身長: _____ cm 体重: _____ kg 体表面積: _____ m²

レジメン内容	処方内容(実投与量)	1日目.....14日目.....22日目.....
カペシタビン錠 1600mg/m ² (経口投与)		—————→ —————→
イリノテカン 200mg/m ² (点滴静注)		↓ ↓

*カペシタビン錠は1日目(夕)から内服開始の場合は15日目(朝)まで内服することになります。

(予測される主な副作用)

骨髄抑制、消化器障害(嘔気、下痢、便秘、口内炎など)、手足症候群

その他(_____)

(連絡事項) 支持療法薬・指導時の留意点など

(手足症候群(HFS)のケアについて)

・HFS 予防として、保湿クリームの頻回塗布(目安 1日5回以上、入浴後は15分以内)(カペシタビン休薬中も継続)

・皮膚以外に、手足の爪のセルフチェック

・皮膚・爪の保護に、熱刺激(高温での入浴・炊事など)や直射日光、衣服による手足の圧迫を避ける

(イリノテカンの下痢症状について)

・投与中または投与直後に発生する早発型と、投与24時間以降に発生する遅発型があり注意

(保険薬局薬剤師より)

指導日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 薬剤師名(薬局名): _____ (_____)

服薬アドヒアランス (良好・不良)

治療に対する理解度 (良好・不良)

医療機関への連絡事項・情報提供用紙に関するご要望

個人情報保護法に基づき、同意の上で作成しました。指導後に本紙を一宮市民病院へ FAX で返信して下さい。

情報提供用紙(BV+XELIRI 療法)

ID: _____

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者:(施設名) 一宮市立市民病院 (氏名) _____ (薬剤師・看護師)

医療施設連絡先: 0586-71-1911 FAX: 0586-23-6016

(投与レジメン) 今回は、 _____ コース _____ 日目です

身長: _____ cm 体重: _____ kg 体表面積: _____ m²

レジメン内容	処方内容(実投与量)	1日目.....14日目.....22日目.....
カペシタビン錠 1600mg/m ² (経口投与)		—————→ —————→
イリノテカン 200mg/m ² (点滴静注)		↓ ↓
アバスチン 7.5mg/kg (点滴静注)		↓ ↓

*カペシタビン錠は1日目(夕)から内服開始の場合は15日目(朝)まで内服することになります。

(予測される主な副作用)

骨髄抑制、消化器障害(嘔気、下痢、便秘、口内炎など)、手足症候群、出血、高血圧、血栓塞栓症、蛋白尿、消化管穿孔、創傷治癒遅延

その他(_____)

(連絡事項) 支持療法薬・指導時の留意点など

(手足症候群(HFS)のケアについて)

- ・HFS 予防として、保湿クリームの頻回塗布(目安 1日 5回以上、入浴後は 15分以内)(カペシタビン休薬中も継続)
- ・皮膚以外に、手足の爪のセルフチェック
- ・皮膚・爪の保護に、熱刺激(高温での入浴・炊事など)や直射日光、衣服による手足の圧迫を避ける

(イリノテカンの下痢症状について)

- ・投与中または投与直後に発生する早発型と、投与 24時間以降に発生する遅発型があり注意

(アバスチン併用時の注意)

- ・自宅での定期的な血圧測定を行う _____ ・手術や抜歯の予定がある方は医師へ相談して下さい
- ・経験のないほど強い腹痛は消化管穿孔の可能性があるので、自己判断で鎮痛剤を使用しない
- ・上下肢の腫れ・浮腫みや痛み、胸痛や呼吸困難は動・静脈血栓塞栓症や虚血性心疾患の可能性があるので、主治医に連絡する

(保険薬局薬剤師より)

指導日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 薬剤師名(薬局名): _____ (_____)

服薬アドヒアランス (良好・不良)

治療に対する理解度 (良好・不良)

医療機関への連絡事項・情報提供用紙に関するご要望

個人情報保護法に基づき、同意の上で作成しました。指導後に本紙を一宮市立市民病院へ FAX で返信して下さい。

情報提供用紙(Nivo+XELOX 療法)

ID: _____

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者:(施設名) 一宮市立市民病院 (氏名) _____ (薬剤師・看護師)

医療施設連絡先: 0586-71-1911 FAX: 0586-23-6016

(投与レジメン) 今回は、 _____ コース _____ 日目です

身長: _____ cm 体重: _____ kg 体表面積: _____ m²

レジメン内容	処方内容(実投与量)	1日目.....14日目.....22日目.....
カペシタビン錠 2000mg/m ² (経口投与)		—————→ —————→
エルプラット 130mg/m ² (点滴静注)		↓ ↓
オブジーボ 360mg/body (点滴静注)		↓ ↓

*カペシタビン錠は1日目(夕)から内服開始の場合は15日目(朝)まで内服することになります。

(予測される主な副作用)

骨髄抑制、消化器障害(嘔気、下痢、便秘、口内炎など)、末梢神経障害、手足症候群、間質性肺炎、1型糖尿病、重症筋無力症・筋炎

その他(_____)

(連絡事項) 支持療法薬・指導時の留意点など

(手足症候群(HFS)のケアについて)

- ・HFS 予防として、保湿クリームの頻回塗布(目安 1日 5回以上、入浴後は 15分以内)(カペシタビン休薬中も継続)
- ・皮膚以外に、手足の爪のセルフチェック
- ・皮膚・爪の保護に、熱刺激(高温での入浴・炊事など)や直射日光、衣服による手足の圧迫を避ける

(エルプラットの末梢神経障害の予防について)

- ・投与後 5日間程度は、エアコンの送風や冬場の外気など冷気への直接の暴露や冷たい飲食物の摂取を避ける

(オブジーボ併用時の注意)

- ・間質性肺炎の初期症状として、咳・息切れ・発熱などが現れることがある
- ・普段と比べて下痢の回数が著しく増加、あるいは腹痛を伴う場合には主治医に連絡する
- ・1型糖尿病の初期症状として、口渇・多飲・尿量増加などが現れることがある
- ・重症筋無力症や筋炎の初期症状として、筋肉痛・四肢脱力・眼瞼下垂などが現れることがある

(保険薬局薬剤師より)

指導日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 薬剤師名(薬局名): _____ (_____)

服薬アドヒアランス (良好・不良)

治療に対する理解度 (良好・不良)

医療機関への連絡事項・情報提供用紙に関するご要望

個人情報保護法に基づき、同意の上で作成しました。指導後に本紙を一宮市立市民病院へ FAX で返信して下さい。

情報提供用紙(HER+XELOX 療法)

ID: _____

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者:(施設名) 一宮市立市民病院 (氏名) _____ (薬剤師・看護師)

医療施設連絡先: 0586-71-1911 FAX: 0586-23-6016

(投与レジメン) 今回は、 _____ コース _____ 日目です

身長: _____ cm 体重: _____ kg 体表面積: _____ m²

レジメン内容	処方内容(実投与量)	1日目.....14日目.....22日目.....
カペシタビン錠 2000mg/m ² (経口投与)		—————→ —————→
エルプラット 130mg/m ² (点滴静注)		↓ ↓
トラスツズマブ 6mg/kg (点滴静注)		↓ ↓

*カペシタビン錠は1日目(夕)から内服開始の場合は15日目(朝)まで内服することになります。

*トラスツズマブの初回投与は 8mg/kg です。

(予測される主な副作用)

骨髄抑制、消化器障害(嘔気、下痢、便秘、口内炎など)、末梢神経障害、手足症候群、infusion reaction、心障害
その他(_____)

(連絡事項) 支持療法薬・指導時の留意点など

(手足症候群(HFS)のケアについて)

- ・HFS 予防として、保湿クリームの頻回塗布(目安 1日 5回以上、入浴後は 15分以内)(カペシタビン休薬中も継続)
- ・皮膚以外に、手足の爪のセルフチェック
- ・皮膚・爪の保護に、熱刺激(高温での入浴・炊事など)や直射日光、衣服による手足の圧迫を避ける

(エルプラットの末梢神経障害の予防について)

- ・投与後 5日間程度は、エアコンの送風や冬場の外気など冷気への直接の暴露や冷たい飲食物の摂取を避ける

(トラスツズマブの心障害について)

- ・主として認められるうっ血性心不全に対しては、動悸、息切れ、頻脈に注意して下さい

(保険薬局薬剤師より)

指導日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 薬剤師名(薬局名): _____ (_____)

服薬アドヒアランス (良好・不良)

治療に対する理解度 (良好・不良)

医療機関への連絡事項・情報提供用紙に関するご要望

個人情報保護法に基づき、同意の上で作成しました。指導後に本紙を一宮市民病院へ FAX で返信して下さい。