R-CHOP療法を受けられる患者さまへ

患者様用

患者様氏名:　　様　　受持医師:　　受持看護師:

月日	／　（　）	／　（　）	／　（　）	／　（　）	／　（　）
経過	入院日	2日目(リツキサン療法)	3日目（CHOP療法）	4日目	5日目
治療	治療1日前	治療1日目	治療2日目	治療3日目	治療4日目
達成目標	◆入院の必要性を、患者・家族が理解し同意する ◆医療者からの入院生活や治療の説明について理解できる	◆血管外漏出がない ◆感染予防が実施できる ◆輸注時反応(インフュージョンリアクション)を抑えることができる	◆血管外漏出がない ◆Spo2の低下がない ◆1日1Kg以上の体重増加がない ◆推測される副作用（嘔吐、下痢、便秘）がコントロールできる	◆Spo2の低下がない ◆1日1Kg以上の体重増加がない ◆推測される副作用（悪心、嘔吐、便秘）がコントロールできる	◆Spo2の低下がない ◆1日1Kg以上の体重増加がない ◆推測される副作用（悪心、嘔吐、便秘）がコントロールできる
治療・薬剤（点滴・内服）	ロキソプロフェン錠(1 レスタミンコーワ錠（3錠） リツキサン（4時間） リツキサンの副作用（発熱、悪寒、かゆみ、発疹、呼吸苦）を予防するため、リツキサンの投与約30分前に服用します。 上記のような症状が生じた場合は、すぐに看護師にお知らせください。	吐き気止め オンコビン（5～10分） ドキソルビシン エンドキサン 途中、気分が悪くなったり、点滴部位に痛み、灼熱感を感じられたときは、すぐお知らせ下さい 特に、オンコビン、ドキソルビシン点滴時は血管炎を起こしやすいので、動かないようにしてください。 エンドキサンの副作用による出血性膀胱炎を予防するため、水分を多めに摂取することと、尿は我慢せずに出すことを心がけて下さい。 プレドニン錠　チェック 朝（　）錠（　） 昼（　）錠（　） 夕（　）錠（　）		プレドニン錠　チェック 朝（　）錠（　） 昼（　）錠（　） 夕（　）錠（　）	プレドニン錠　チェック 朝（　）錠（　） 昼（　）錠（　） 夕（　）錠（　）
		点滴は腕より行います 途中、痛くなったり、気分が悪いときはすぐにお知らせ下さい 吐き気があるときはお知らせください	内服薬は忘れない様に服用しましょう 内服薬が飲めない時は、主治医または看護師へお知らせください		
処　置		点滴は腕より行います リツキサン初回のみ、点滴終了まで心電図をつけます。点滴終了後、異常なければ心電図ははずします		発熱時は解熱剤を内服します（内服できないときは注射もあります） また、血液培養検査を行い、抗生剤の点滴を開始します	
検　査		週に3回程度、採血があります 体重測定をしていただきます 尿量が少なくなったり、むくみがある時は、看護師にお知らせ下さい 治療2日目より血糖測定を行います。			
活動・安静度	病室内は制限はありません				
食　事	食欲や好みに合わせ、食事内容を変更することが出来ます 白血球が減ったときは、生もの禁止食へ変更します				
清潔	身体がきついときは、看護師が身体拭きをお手伝いします うがい、手洗いはまめに行ってください（うがいは、起床時・各食後、眠前に毎日行いましょう） 口内炎の予防にはうがい、歯磨きが重要です(1日8回 起床後、毎食前後、寝る前)				
排泄	排便後は必ずウォシュレットを使用しましょう		便秘になりやすいので、お薬で調節します お腹が張る時や、便が出にくいときはお申し出ください。下剤を処方します。		
患者様及びご家族への説明 リハビリ 栄養指導	□輸血同意書 □入院診療計画書 □治療説明同意書 薬剤師が薬剤についてご説明します				

血液検査データメモ

データ＼日付	／	／	／	／
赤血球（RBC）				
白血球（WBC）				
血小板（PLT）				
好中球（Neu）				

チェック項目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
排便	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
吐き気	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
口内炎	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
排尿時痛・血尿	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
呼吸苦	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
不眠	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
胃部不快感	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
体重 朝食前	kg	kg	kg	kg	kg
体重 夕食前	kg	kg	kg	kg	kg

注1　入院期間については現時点で予想される期間です。

国立病院機構熊本医療センター　血液内科　2023年8月