

# 【No.28】 weekly Cmap + FOLFIRI療法

病名 \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (才)(男・女) ※化学療法承諾書要作成  
 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体表面積 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> PS 0・1・2・3・4  
 \_\_\_\_\_ 科 主治医 \_\_\_\_\_ 治療ライン 次治療 服薬指導 依頼する・不要  
 HBs抗原(+)→HBV DNA( )、HBs抗原(-)→HBc抗体( ) HBs抗体( ) 確認医(科長) \_\_\_\_\_

電解質異常が起こることがあるため、定期的にCa、Mgの測定を実施すること。(アービタックス)

休薬・中止基準(添付文書より抜粋)

- ・Grade3以上のInfusion reaction、皮膚症状(アービタックス)
- ・白血球数3000/mm<sup>3</sup>未満・血小板数10万/mm<sup>3</sup>未満(イリノテカン)

UGT1A1ホモもしくはダブルヘテロの場合

→少なくとも1段階の減量推奨(イリノテカン米国添付文書より)

減量・中止を検討(アービタックス適正使用ガイドより抜粋)

- ・Grade3以上の低マグネシウム血症・QTcの著明な延長を認めるとき

※化学療法実施当日の2号紙に、実施の可否について記載すること。(記載確認後ミキシング開始となります。)

※ポンプルートで使用する生食の量は別紙「5-FU持続静注のための早見表」参照

コース	体重	day1	day8	指示	受領

day1 2 3 ... day8 9 ... 14

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	実施日	day1	2	3	...	day8	9	...	14
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺)生食250mlでルート確保			指示	●				●			
			受領								
			入力								
			実施								
② 生食100ml + {グラニセトロン1A or パロノセトロン1V} + デキサート _____ mg + ポララミン _____ A + { ファモチジン1A or ホスアプレピタント1V } ※ホスアプレピタント使用の場合、①残液でフラッシュ。	30分		指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
②' 生食100ml + デキサート _____ mg + ポララミン1A	30分		指示					●			
			受領								
			入力								
			実施								
③初回のみ 生食500ml + アービタックス _____ mg ※終了後、①の残液で滴下 100ml/hr(60分) ※コース1,day1のみ入力してください。	120分	400mg/m <sup>2</sup>	指示	(●)初回のみ							
			受領								
			入力								
			実施								
③'2回目以降 生食250ml + アービタックス _____ mg ※終了後、①の残液でフラッシュ 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	60分	250mg/m <sup>2</sup>	指示	(●)				●			
			受領								
			入力								
			実施								
④A(④Bと同時に投与開始) 5%Glu250ml + イリノテカン _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	90分	150mg/m <sup>2</sup>	指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
⑤ 生食50ml + フルオロウラシル _____ mg ※終了後、①の残液でフラッシュ 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	全開	400mg/m <sup>2</sup>	指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
○ポンプルート(シュアーフューザーポンプ) ⑥ 生食 _____ ml + フルオロウラシル _____ mg + ヘパリンNa 5ml 変更1: 生食 _____ ml + _____ mg(変更日: _____)	46時間	2400mg/m <sup>2</sup>	指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
○輸液ルート ⑥' 生食500ml + フルオロウラシル _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	44-46時間	2400mg/m <sup>2</sup>	指示	(●)							
			受領								
			入力								
			実施								
④B(④Aと同時に投与開始) 5%Glu250ml + レボホリナート _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	120分	200mg/m <sup>2</sup>	指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
day3:輸液ルートの場合入力、ポンプルート場合入力不要 day8:⑧のみ入力、⑦の入力不要	全開		指示			(●)		●			
			受領								
			入力								
			実施								
⑦ 生食50ml											
⑧ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml											

同時開始

Cmap 毎週、FOLFIRI 2週毎

太枠内は原本に記入せず、カラーコピーして使用すること。

在庫確保のため、投与2日前(休日を挟む場合は休前日)までに薬剤科へコピーを提出すること。

改定日 R3.6.29