【No.20】 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　㎡　PS 0・1・2・3・4

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)＿＿＿＿

中止・延期基準

(イリノテカン添付文書より抜粋)

・白血球数3000/mm³未満

・血小板数10万/mm³未満

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)

※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	(day3)	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク		day1	2	day3	4	5	6	…	14
			実施日								
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 ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ1V }	30分		指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
③ ②でﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄを使用する場合、①残液でフラッシュ	全開		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/㎡ 中等度 30～90%	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/㎡ 軽度 10～30%	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/㎡ 軽度 10～30%	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/㎡ 軽度 10～30%	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/㎡ 側管	指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
(輸液ルートの場合入力、ポンプルートの場合入力不要) ⑦ 生食50ml ⑧ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml	全開		指示			(●)					
			受領								
			入力								
			実施								

同時開始

2週毎(1投1休)

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