【No.27】 weekly Cmab + CPT-11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

＿＿＿＿＿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)＿＿＿＿

Infusion reactionが発現する可能性があるため、特に初回はエピネフリン、ステロイド、抗ヒスタミン剤、気管支拡張薬の投与、酸素吸入等、緊急時に対応できる薬剤・機器を準備した管理下で投与を行うこと。(アービタックス適正使用ガイドより抜粋)

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(アービタックス)
・Grade3以上の皮膚症状(アービタックス)
・白血球数3000/mm^{3}未満(イリノテカン)
・血小板数10万/mm^{3}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たとき
※化学療法実施当日の2号紙に、実施の可否について記載

コース	day1	day8	体重	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク		day1	2	3	…	7	day8	9	10	…	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 ○末梢患者 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]	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 ②でホスアプレピ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										
④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/㎡ 最小 10%未満	指示	(●)初回のみ									
			受領										
			入力										
			実施										
④'2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/㎡ 最小 10%未満	指示	(●)					●				
			受領										
			入力										
			実施										
⑤ 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										
⑥ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml (ポート患者のみ)			指示	(●)					(●)				
			受領										
			入力										
			実施										

CPT-11:2週毎 Cmab:毎週

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