

【No.53】 bi-weekly Cmab + 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 _____ m² 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(+) \rightarrow HBV DNA()、HBs抗原(-) \rightarrow 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/mm³未満
 ・血小板数10万/mm³未満(イリノテカン)
UGT1A1ホモもしくはダブルヘテロの場合
 一少なくとも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	実施日	day1	2	day3	4	5	6	...	14
① O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 + ボララミン _____ 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	●							
③ (ケモ専用)生食500ml + アービタックス _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	120分	500mg/m ² 最小 10%未満	指示 受領 入力 実施	●							
④ ①の残液で滴下 初回のみ100ml/hr(60分) 2回目以降フラッシュ			指示 受領 入力 実施	●							
⑤A(⑤B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 ² 中等度 30~90%	指示 受領 入力 実施	●							
⑥ 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 ² 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) ⑦ 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 ² 軽度 10~30%	指示 受領 入力 実施	●							
○輸液ルート ⑦' 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 ² 軽度 10~30%	指示 受領 入力 実施	(●)							
⑤B(⑤A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 側管	200mg/m ² 	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 ⑧ 生食50ml ⑨ 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			(●)					
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。							

同時開始