

【No.54】 tri-weekly Bmab + IRIS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(+)→HBV DNA()、HBs抗原(-)→HBc抗体()HBs抗体() 確認医(科長) _____

・大手術後28日間経過していない患者に投与した経験はない。術創の状態を確認し、
 投与の可否を検討すること。(アバスチン添付文書より抜粋)
 中止・延期基準(添付文書、適正使用の目安より抜粋)
 ・Grade3以上の高血圧(ベバシズマブ)・Grade2以上の尿蛋白(ベバシズマブ)
 ・白血球数3000/mm³未満(イリノテカン)
 ・血小板数10万/mm³未満(イリノテカン)
 ・白血球2000/mm³未満(エスワン)・好中球1000/mm³未満(エスワン)
 ・血小板7.5万/mm³未満(エスワン)
 ・Ccr30未満(エスワン)
 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)
 右下の欄へ続く

コース	体重	D1	Bmab点滴時間	指示	受領	コース	体重	D1	Bmab点滴時間	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式	実施日	D1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21																				
				催吐リスク																				
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺) 生食250mlでルート確保後、ロック ○末梢患者 生食250mlでルート確保後、ロック			指示 ●																					
② 生食100ml+{グラニセトロン1A or パロノセトロン1V} +デキササート _____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 ●																					
③ 生食100ml+ベバシズマブ _____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: _____)	30-90分	7.5mg/kg	指示 ●																					
④ 5%Glu250ml+イリノテカン _____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: _____)	90分	150mg/m ²	指示 ●																					
⑤ 生食20ml シリンジロック or ヘパリンシリンジロック (ポート患者のみ)			指示 (●)																					
内服:エスワン 1回 _____mg 1日2回朝夕食後 14日分 (初日は夕食後より開始) 変更1:1回 _____mg(変更日: _____) 変更2:1回 _____mg(変更日: _____)	d1夕-d15朝	右記	指示 夕																					
3週毎(Bmab,CPT-11:1投2休、S1:2投1休)			指示 夕																					

左上の欄より続き
**エスワン減量基準(エスワンタイ
 ホウ適正使用の目安より抜粋)**
 ・Ccr60-80:必要に応じて1段階
 減量
 ・Ccr30-60:原則として1段階以
 上の減量
エスワン投与量(1回量)
 体表面積
 1.25m²未満 = 40mg
 1.25-1.5m² = 50mg
 1.5m²以上 = 60mg
ベバシズマブ点滴時間
 ・初回90分
 ・2回目60分
 ・3回目以降30分まで短縮可能
 ※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。)

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R4.6.29