

# 【No.85】 Pmab+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 \_\_\_\_\_ 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) \_\_\_\_\_

**中止・延期基準(添付文書、適正使用の目安より抜粋)**  
 ・白血球2000/mm<sup>3</sup>未満(エスワン) ・好中球1000/mm<sup>3</sup>未満(エスワン)  
 ・Ccr30未満(エスワン) ・白血球数3000/mm<sup>3</sup>未満(イリノテカン)  
 ・血小板数10万/mm<sup>3</sup>未満(イリノテカン) ・Grade3以上のInfusion reaction(ベクティビックス)  
 ・Grade3以上の皮膚障害(ベクティビックス)  
**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 1.25m<sup>2</sup>未満 = 40mg 1.25-1.5m<sup>2</sup> = 50mg 1.5m<sup>2</sup>以上 = 60mg  
**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

| コース | 体重 | D1 | 15 | 指示 | 受領 | コース | 体重 | D1 | 15 | 指示 | 受領 |
|-----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|
|     |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |
|     |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |
|     |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |
|     |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |
|     |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |
|     |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |

|  |    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|  | D1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|--|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

| 指示内容   | 点滴時間     | 計算式                  | 実施日 |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |  |
|--|----------|----------------------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|--|
|  |          |                      |     | 催吐リスク |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |  |
| ① ○ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺)<br>生食250mlでルート確保後、ロック<br>○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}<br>+デキサート _____mg+ボララミン _____A<br>+[ファモチジン 1A or ホスアプレピタント1V]<br>※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+ベクティビックス _____mg<br>※終了後、①の残液でフラッシュ<br>変更1: _____mg(変更日: _____)<br>変更2: _____mg(変更日: _____)                          | 60分      | 6mg/kg               | 指示  | ●     | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ● |  |
| ④ 5%Glu250ml+イリノテカン _____mg<br>※終了後、①の残液でフラッシュ<br>変更1: _____mg(変更日: _____)<br>変更2: _____mg(変更日: _____)                         | 90分      | 100mg/m <sup>2</sup> | 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<br>(ポート患者のみ)   |          |                      | 指示  | (●)   | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) | (●) |   |  |
| 内服:エスワン 1回 _____mg<br>1日2回朝夕食後 14日分 (初日は夕食後より開始)<br>変更1:1回 _____mg(変更日: _____)<br>変更2:1回 _____mg(変更日: _____)                   | d1夕-d15朝 | 上記                   | 指示  | 夕     | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   |   |  |
| 4週毎(Pmab,CPT-11:1投1休、S1:2投2休)  |          |                      | 指示  | 夕     | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   |   |  |

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。  
 (ベクティビックス適正使用ガイドより抜粋)

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。