

【No.116】 RAM + 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(+)→HBV DNA()、HBs抗原(-)→HBc抗体() HBs抗体() 確認医(科長) _____

中止・延期基準

サイラムザ(添付文書より抜粋)

・高血圧Grade2以上

・尿蛋白2g/日以上

(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(米国添付文書より)

※逸脱例に使用の場合は、患者の同意がある旨2号紙に記載すること。(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持続静注のための見易表」参照

コース	体重	day1	(day3)	指示	受領

day1 2 day3 4 5 6 … 14

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 ○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 { グラニセトロン1A or アロキシV } + 生食100ml + デキサート _____mg + ポララミン _____A + { ファモチジン1A or プロイメンドIV }	30分		指示 受領 入力 実施	●							
③ ②でプロイメンドを使用する場合、①残液でフラッシュ	全開		指示 受領 入力 実施	(●)							
④ 生食250ml + サイラムザ _____mg ※初回60分、2回目以降30分で投与。終了後フラッシュ 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____)	30-60分 フィルター有	8mg/kg 最小 10%未満	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: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____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	●							
(輸液ルートの場合入力、ポンプルートの場合入力不要) 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)											

同時開始

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。