【No.163】 Cmab/FP療法

病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ID ＿＿＿＿＿＿ー＿＿＿　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）＿＿＿＿

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)
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Infusion reaction、皮膚症状(アービタックス)
アービタックス投与量 ・初回400mg/m² ・2回目以降250mg/m²
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
・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満)(シスプラチン)
※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。)

コース	体重	D1	2	3	4	8	15	指示	受領

ミキシングは平日のみとなりますので、日程の調整をお願いします。

※アロカリス：原則として、入院患者への使用はホスアプレピタントを使用できない症例に限定すること。

指示内容	点滴時間	計算式 / 催吐リスク	実施日	D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
① 〇ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺) 生食250mlでルート確保後、ロック 〇末梢患者 生食250mlでルート確保後、ロック			指示	●							●							●						
			受領																					
			入力																					
			実施																					
② フィジオ140 500ml 1B ③ 生食500ml 1B ④ フィジオ140 500ml 1B ⑤ 生食500ml 1B	6時間×4		指示	●	●	●	●																	
	側管		受領																					
			入力																					
			実施																					
⑥ 生食100ml＋パロノセトロン1V ＋デキサート 9.9mg ＋ ポララミン 1A ＋{ ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ1V or ※ｱﾛｶﾘｽ1V } ※終了後、①残液でフラッシュ。	30分		指示	●																				
			受領																					
			入力																					
			実施																					
⑦ (day2-4) 生食100ml ＋デキサート6.6mg ※AM側管より ⑦' (day8,15)生食100ml ＋デキサート6.6mg＋ポララミン 1A	30分		指示		●	●	●				●							●						
			受領																					
			入力																					
			実施																					
⑧ 初回のみ(120分) 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) 2回目以降(60分) 生食250ml ＋アービタックス＿＿＿mg ※終了後、①の残液でフラッシュ	左記	上記	指示	●							●							●						
		最小 <10%	受領																					
			入力																					
			実施																					
⑨ (ケモ専用)生食500ml＋シスプラチン＿＿＿mg ※終了後、①の残液でフラッシュ 変更1：＿＿＿mg(変更日：＿＿＿＿) ⑩ 生食50ml + ラシックス20mg1A(全開)	5時間	80mg/m²	指示	●																				
		高度 90%以上	受領																					
			入力																					
			実施																					
⑪ 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：＿＿＿＿)	24時間	800mg/m²	指示	●	●	●	●																	
		軽度 10-30%	受領																					
			入力																					
			実施																					
⑫ (day5のみ)生食50ml ⑬ 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					(●)			(●)							(●)						
			受領																					
			入力																					
			実施																					

3週毎 6コース

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R5.2.27