

【No.168】 Nivo + CAPOX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) _____

・免疫チェックポイント阻害薬専用検査セットの実施について検討すること。
 ・カペシタピンとワルファリンカリウムとの併用により、出血が発現し死亡に至った例も報告されている。(カペシタピン添付文書警告欄より抜粋)
休薬・中止基準
 (オブジーボ適正使用ガイド内、有害事象の対処法アルゴリズムより抜粋)
 ・Grade1以上の肺臓炎
 ・Grade2以上の心筋炎、大腸炎、下痢、肝機能検査値上昇、神経毒性、クレアチニン増加
 ・症候性の甲状腺機能低下症・甲状腺中毒症、下垂体障害・副腎障害
 ・Grade3以上の発疹
 ・好中球1500/mm³未満(オキサリプラチン、カペシタピン)
 ・血小板7.5万/mm³未満(オキサリプラチン、カペシタピン) 右下の欄へ続く

コース	体重	D1		指示	受領	コース	体重	D1		指示	受領

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) 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 ● 受領 入力 実施
② (OP室用)生食100ml + オブジーボ240mg 1V + オブジーボ120mg 1V	30分	360mg/body	指示 ● 受領 入力 実施
③ 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 + ポララミン __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残液で前後フラッシュ。	30分		指示 ● 受領 入力 実施
④ 5%Glu250ml + オキサリプラチン _____mg ※終了後、①の残液でフラッシュ 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____)	120分	130mg/m ²	指示 ● 受領 入力 実施
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 (●) 受領 入力 実施
内服: カペシタピン300mg 1回 _____錠 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 _____錠(変更日: _____) 変更2: 1回 _____錠(変更日: _____)	d1夕-d15朝	1000mg/m ² /回	指示 夕 ○○○○○○○○○○○朝 受領 入力 実施
3週毎(Nivo、L-OHP: 1投2休、Cape: 2投1休)			

D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

左上の欄より続き
減量基準
 (オキサリプラチン添付文書より抜粋)
 Grade3以上の有害事象の場合
 ・1回目: 100mg/m²に減量
 ・2回目: 85mg/m²に減量
 (ゼローダ適正使用ガイドより抜粋)
 ・Ccr30-50: 1段階減量
 ・Ccr30未満: 禁忌
カペシタピン投与量
 体表面積 一回量
 ・1.36m²未満 1200mg
 ・1.36-1.66m² 1500mg
 ・1.66-1.96m² 1800mg
 ・1.96m²以上 2100mg
※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。