# 【No.172】 bi-weekly Cmab + mFOLFOX6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　㎡　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)**

**休薬・中止基準(添付文書より抜粋)**

・Grade3以上のInfusion reaction,皮膚症状(アービタックス)
(オキサリプラチン添付文書より抜粋)
・好中球1500/mm³未満　・血小板7.5万/mm³未満

**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

**※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。)**

**※ポンプルートで使用する生食の量は別紙「5-FU持続静注のための早見表」参照**

| コース | 体重 | day1 | (day3) | 指示 | 受領 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 指示内容 | 点滴時間 | 計算式 / 催吐リスク | | day1 | 2 | day3 | 4 | 5 | 6 | … | 14 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 実施日 | | | | | | | | |
| ① ○ポート患者<br>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 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 ＋ ポララミン＿＿A<br>＋{ ファモチジン1A or ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ1V }<br>※ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ使用の場合、①残液でフラッシュ。 | 30分 | | 指示 | ● | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | |
| ③ (ケモ専用)生食500ml ＋ アービタックス＿＿＿＿mg<br>変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)<br>変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) | 120分 | 500mg/㎡<br>最小10%未満 | 指示 | ● | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | |
| ④ ①の残液で滴下 初回のみ100ml/hr(60分)<br>2回目以降フラッシュ | | | 指示 | ● | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | |
| ⑤A(⑤Bと同時に投与開始)<br>5%Glu250ml ＋ オキサリプラチン＿＿＿＿mg<br>変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)<br>変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) | 120分 | 85mg/㎡<br>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<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:＿＿＿＿) | 全開 | 400mg/㎡<br>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)<br>⑦ 生食＿＿＿ml ＋ フルオロウラシル＿＿＿＿mg<br>＋ ヘパリンNa 5ml<br>変更1:生食＿＿＿ml+＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) | 46時間 | 2400mg/㎡<br>軽度10～30% | 指示 | ● | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | |
| ○輸液ルート<br>⑦' 生食500ml ＋ フルオロウラシル＿＿＿＿mg<br>変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)<br>変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) | 44-46時間 | 2400mg/㎡<br>軽度10～30% | 指示 | (●) | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | |
| ⑤B(⑤Aと同時に投与開始)<br>5%Glu250ml ＋ レボホリナート＿＿＿＿mg<br>変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)<br>変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) | 120分 | 200mg/㎡<br>側管 | 指示 | ● | | | | | | | |
| | | | 受領 | | | | | | | | |
| | | | 入力 | | | | | | | | |
| | | | 実施 | | | | | | | | |
| day3:輸液ルートの場合入力、ポンプルート場合入力不要<br>⑧ 生食50ml<br>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 | | | | | | | | |

同時開始

**2週毎(1投1休)**

**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。　新規R4.11.21