【No.20】 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　　㎡　　PS　0・1・2・3・4

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

（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（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 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 }	30分		指示	●							
			受領								
+ デキサート＿＿＿＿mg + ポララミン＿＿A			入力								
+ { ファモチジン1A or ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ1V }			実施								
③ ②でﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄを使用する場合、①残液でフラッシュ	全開		指示	（●）							
			受領								
			入力								
			実施								
④A（④Bと同時に投与開始） 5%Glu250ml + イリノテカン＿＿＿＿mg	90分	150mg/㎡	指示	●							
			受領								
変更1：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿）		中等度 30～90%	入力								
変更2：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿）			実施								
⑤ 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	全開	400mg/㎡	指示	●							
			受領								
変更1：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿）		軽度 10～30%	入力								
変更2：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿）			実施								
○ポンプルート（シュアーフューザーポンプ） ⑥ 生食＿＿＿ml + フルオロウラシル＿＿＿＿mg	46時間	2400mg/㎡	指示	●							
			受領								
+ ヘパリンNa 5ml		軽度 10～30%	入力								
変更1：生食＿＿＿ml+＿＿＿mg（変更日：＿＿＿）			実施								
○輸液ルート ⑥' 生食500ml + フルオロウラシル＿＿＿＿mg	44-46時間	2400mg/㎡	指示	（●）							
			受領								
変更1：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿）		軽度 10～30%	入力								
変更2：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿）			実施								
④B（⑤Aと同時に投与開始） 5%Glu250ml + レボホリナート＿＿＿＿mg	120分	200mg/㎡	指示	●							
			受領								
変更1：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿）	側管		入力								
変更2：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿）			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） ⑦ 生食50ml	全開		指示			（●）					
			受領								
⑧ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml			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。　　改定日R3.6.29