【No.32】 tri-weekly Bmab ＋ XELOX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)＿＿＿＿

・カペシタビ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。(カペシタビン添付文書警告欄より抜粋)
・大手術後28日間経過していない患者に投与した経験はない。術創の状態を確認し、投与の可否を検討すること。(アバスチン添付文書より抜粋)
投与可能条件(添付文書・適正使用ガイドより抜粋)
・Grade2以下の高血圧(ベバシズマブ)
・Grade1以下の尿蛋白(ベバシズマブ)
・好中球1500/mm³以上(オキサリプラチン、カペシタビン)
・血小板7.5万/mm³以上(オキサリプラチン、カペシタビン)
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)
・1回目:100mg/m²に減量、2回目:85mg/m²に減量　右下の欄へ続く

コース	体重	D1	Bmab点滴時間	指示	受領

コース	体重	D1	Bmab点滴時間	指示	受領

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 ○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 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 ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ1V} ※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 生食100ml＋ベバシズマブ＿＿＿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:＿＿＿＿)	30−90分	7.5mg/kg 最小<10%	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/㎡ 中等度 30−90%	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:カペシタビン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	右記 軽度 10−30%	指示	夕	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	朝						
			受領																					
			入力																					
			実施																					

3週毎(Bmab,L-OHP:1投2休、Cape:2投1休)

左上の欄より続き

減量基準
(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

ベバシズマブ点滴時間
・初回90分
・2回目60分
・3回目以降30分まで短縮可能

カペシタビン投与量(C法)

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。

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