

【No.33】 IRIS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) _____

中止・延期基準(イリノテカン添付文書、エスワン適正使用の目安より抜粋)
 ・白血球数3000/mm³未満(イリノテカン)
 ・血小板数10万/mm³未満(イリノテカン)
 ・白血球2000/mm³未満(エスワン)
 ・好中球1000/mm³未満(エスワン)
 ・血小板7.5万/mm³未満(エスワン)
 ・Ccr30未満(エスワン)

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)

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

		D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
指示内容	点滴時間																					
	計算式																					
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	催吐リスク																					
	実施日																					
② 生食100ml+〔グラニセトン1A or パロノセトン1V〕 +デキササート _____mg+ボララミン _____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残液でフラッシュ。																						
	実施日																					
③ 5%Glu250ml+イリノテカン _____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: _____)																						
	実施日																					
④ 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)																						
	実施日																					
内服:エスワン 1回 _____mg 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 _____mg(変更日: _____) 変更2:1回 _____mg(変更日: _____)																						
	実施日																					
3週毎(CPT-11:1投2休、S1:2投1休)		d1夕-d15朝																				

左上の欄より続き
**エスワン減量基準(エスワンタイ
 ホウ適正使用の目安より抜粋)**
 ・Ccr60-80:必要に応じて1段階減量
 ・Ccr30-60:原則として1段階以上の減量
エスワン投与量(1回量)
 体表面積
 1.25m²未満 = 40mg
 1.25-1.5m² = 50mg
 1.5m²以上 = 60mg
※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。)

3週毎(CPT-11:1投2休、S1:2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