

【No.53】 bi-weekly Cmax + 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 _____ 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) _____

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)
- ・白血球数3000/mm³未満
- ・血小板数10万/mm³未満(イリノテカン)

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)

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るとき

※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

day1 2 day3 4 5 6 ... 14

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	実施日	day1	2	day3	4	5	6	...	14
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 パロセトロン1V } + デキサート _____ mg + ボララミン _____ A + { ファモチジン1A or ホスアプレピタット1V } ※ホスアプレピタット使用の場合、①の残液でフラッシュ。	30分		指示	●							
			受領								
			入力								
			実施								
③ 生食500ml + アービタックス _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	120分	500mg/m ²	指示	●							
		最小 10%未満	受領								
			入力								
			実施								
④ ①の残液で滴下 初回のみ100ml/hr(60分) 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) 5%Glu250ml + イリノテカン _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	90分	150mg/m ²	指示	●							
		中等度 30~90%	受領								
			入力								
			実施								
⑥ 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 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	全開	400mg/m ²	指示	●							
		軽度 10~30%	受領								
			入力								
			実施								
○ポンプルート(シュアーフューザーポンプ) ⑦ 生食 _____ ml + フルオロウラシル _____ mg + ヘパリンNa 5ml 変更1: 生食 _____ ml + _____ mg(変更日: _____)	46時間	2400mg/m ²	指示	●							
		軽度 10~30%	受領								
			入力								
			実施								
○輸液ルート ⑦' 生食500ml + フルオロウラシル _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	44-46時間	2400mg/m ²	指示	(●)							
		軽度 10~30%	受領								
			入力								
			実施								
⑤B(⑤Aと同時に投与開始) 5%Glu250ml + レボホリナート _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	120分	200mg/m ²	指示	●							
	側管		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 ⑧ 生食50ml 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								
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。

同時開始