【No.64】 tri-weekly Bmab + SOX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)＿＿＿＿

・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)

中止・延期基準(添付文書、適正使用の目安より抜粋)

・Grade3以上の高血圧(ベバシズマブ)　・Grade2以上の尿蛋白(ベバシズマブ)
・好中球数1500/mm³未満(オキサリプラチン)
・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、オキサリプラチン)
・Ccr30未満(エスワン)

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　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 〇ポート患者　生食20mlシリンジ(穿刺) 生食250mlでルート確保後、ロック 〇末梢患者　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:＿＿＿＿)	右記	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: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:＿＿＿＿)	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、S1:2投1休)

左上の欄より続き

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

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

※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