

【No.85】 Pmab+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) _____

コース	体重	D1	15	指示	受領	コース	体重	D1	15	指示	受領

中止・延期基準(添付文書、適正使用の目安より抜粋)
 ・白血球2000/mm³未満(エスワン) ・好中球1000/mm³未満(エスワン)
 ・Ccr30未満(エスワン) ・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) ・Grade3以上のInfusion reaction(ヘクティビックス)
 ・Grade3以上の皮膚障害(ベクティビックス)

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

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)

指示内容	点滴時間	計算式	実施日	D1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28																																							
				催吐リスク		指示	受領	入力	実施																																		
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 + [グラニセトン1A or パロノセトン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。	30分		指示	●																																							
			受領																																								
			入力																																								
			実施																																								
③ 生食100ml + ベクティビックス _____ mg ※終了後、①の残液でフラッシュ	60分	6mg/kg フィルター有	指示	●																																							
			受領																																								
			入力																																								
			実施																																								
④ 5%Glu250ml + イリノテカン _____ mg ※終了後、①の残液でフラッシュ	90分	100mg/m ²	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	上記	指示			夕	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	朝																					
			受領																																								
			入力																																								
			実施																																								

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。
(ベクティビックス適正使用ガイドより抜粋)

4週毎 (Pmab,CPT-11: 1投1休、S1: 2投2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(休日を含む場合は休前日)までに薬剤科へコピーを提出すること。

改定日 R3.6.29