

# 【No.124】 weekly Cmab + 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 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> 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)**  
**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Infusion reaction、皮膚症状(アービタックス)  
 ・好中球数1500/mm<sup>3</sup>未満(オキサリプラチン)  
 ・白血球2000/mm<sup>3</sup>未満(エスワン) ・好中球1000/mm<sup>3</sup>未満(エスワン)  
 ・血小板7.5万/mm<sup>3</sup>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

コース	体重	D1	8	15	指示	受領	コース	体重	D1	8	15	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 {グラニセトン1A or アロキシ1V} + 生食100ml +デキササート _____mg + ポララミン _____A + {ファモチジン 1A or プロイメンド1V} ※プロイメンド使用の場合、①残液でフラッシュ。	30分		指示 受領 入力 実施	●																					
②' 生食100ml +デキササート _____mg + ポララミン _____A	30分		指示 受領 入力 実施								●							●							
③ 初回のみ(120分) 生食500ml +アービタックス _____mg ※終了後①の残液で滴下(100ml/hr.60分)	左記	右記	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/m <sup>2</sup>	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	指示 受領 入力 実施	夕	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	朝							
<b>3週毎(Cmab:毎週、L-OHP:1投2休)</b>		軽度 10-30%																							

左上の欄より続き  
**アービタックス投与量**  
 ・初回400mg/m<sup>2</sup>  
 ・2回目以降250mg/m<sup>2</sup>  
**エスワン投与量 (1回量)**  
 体表面積  
 1.25m<sup>2</sup>未満 = 40mg  
 1.25-1.5m<sup>2</sup> = 50mg  
 1.5m<sup>2</sup>以上 = 60mg  
**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たとき  
**※逸脱例に使用する場合、患者の同意がある旨2号紙に記載すること。(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、原則として投与2日前(休日を挟む場合は休前日)までに提出すること。

改定日 R3.6.29