

NO 4001-3 レジメン名		BV-5FU/LV(RPMI)								
病棟 患者番号 氏名	癌種	ステージ	PS	クール数	指示医師名					
	年齢	身長	体重	体表面積	GFR(血清クレアチニン値)					
	歳	cm	kg	m <sup>2</sup>	ml/min (mg/dl)					
【適応がん種】Colon K		BV/I-LV/5FU	CCr補正	GOT補正	T-Bil補正					
1・レボホリナート	250 mg/m <sup>2</sup>	DAY1. 8. 15. 22. 29. 36	-	-	-					
2・フルオウラシル	600 mg/m <sup>2</sup>	DAY1. 8. 15. 22. 29. 36	30~	-	禁5.1					
3・ペバシズマブ	5 mg/kg	DAY1. 15. 29. 43	5HT3抜きレジメンはNo.4001-4							
56日(8週)1クール		WBC基準	HGB基準	PLT基準						
		-	-	-						
		【病状】			1 全て説明している 2 病名は説明しているが、詳しい病状については説明していない 3 未告知である					
		【治療】			1 抗癌剤による治療・予防と説明 2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明 3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明 4 薬に関しては説明していない					
					平成20年7月1日 改訂					
NO 薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法						
① 生食50mL		1 本								
② ペバシズマブ( )mg	400mg	本	生食100mL	1時間30分で点滴						
	100mg	本								
③ 生食50mL		1 本		②終了後~ 全開で投与						
④ グラニセトロン 1mg		1 本	★生食50mL	③終了後~ 15分で点滴						
⑤ レボホリナート( )mg	100mg	本	▲5%ブドウ糖250mL	④終了後~ 2時間で点滴						
	25mg	本								
⑥ フロウラシル( )mg	1000mg	本	★5%ブドウ糖50mL	⑤レボホリナート開始1時間後~ 側注(10分程度)						
○嘔気強い場合 ④ヘデキサメタゾン 6.6mgの追加を考慮する。										
【1. 原則禁忌】 ●脳転移患者(脳出血のおそれ) 【2. 投与前必須検査】 ●投与前・後に血圧測定 BP180/120を超える場合は主治医へ報告 ●ペバシズマブ検査セット(●血液算定●T-Bil●GOT●GPT●ALP●ALB●Scr●CRP●尿蛋白測定 ●PT-INR●APTT●フィブリノーゲン●D-ダイマー) 【3. 投与可能条件】 ●WBC3000以上(好中球1500以上)●HGB9g以上●PLT100000以上●T-Bil施設の基準値1.5倍以下 ●GOT/GPT/ALP基準値の2.5倍以下(肝転移を有する場合は5倍以下)●血清クレアチニン値基準値の1.5倍以下 ●水様性下痢を認めない●感染を疑わせる38℃以上の発熱が無い ●グレードII以上の非血液毒性(食欲不振を除く)を認めない										
202201作成										
月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①②③④⑤⑥	DAY1								
	④⑤⑥	DAY8								
	①②③④⑤⑥	DAY15								
	④⑤⑥	DAY22								
	①②③④⑤⑥	DAY29								
	④⑤⑥	DAY36								
	①②③	DAY43								
	休み	DAY50								
ペバシズマブ投与 リスク患者: 1) 消化管など腹腔内の炎症を合併(消化管穿孔のおそれ) 2) 大きな手術の術創が治癒していない(創傷治癒遅延による合併症) 3) 先天性出血素因、凝固系異常のある患者(出血のおそれ) 4) 抗凝固剤投与中の患者(出血のおそれ) 5) 血栓塞栓既往患者(心筋梗塞、脳梗塞、深部静脈血栓症、肺塞栓症のおそれ) 6) 高血圧患者(悪化のおそれ) 7) 高齢者(重大な副作用が現れやすい) 8) 妊婦、授乳婦(動物実験で催奇形性、授乳中に移行)										