

NO 4040		レジメン名 CPT-11 (Biweekly) / S1(3-1)	
病棟	患者番号	氏名	指示医師名
癌種	ステージ	PS	クール数
年齢	身長	体重	体表面積
歳	cm	kg	m ²
			GFR(血清クレアチニン値) ml/min (mg/dl)
【適応がん種】MK		CPT-11/S1	CCr補正
1・イリノテカン 80 mg/m ² DAY1. 15			GOT補正
2・エスワン配合錠 80 mg/m ² DAY1~21 (最大150mg/BODY) (3週間投与 1~2週間休み)			T-Bil補正
28日-35日(4-5週)1クール			【病状】
		60~	1 全て説明している
		80~禁30	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
		60~禁150	3 未告知である
		2.4~禁3	【治療】
		WBC基準	1 抗癌剤による治療・予防と説明
		HGB基準	2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明
		PLT基準	3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明
		2000	4 薬に関しては説明していない
		GOT基準	平成20年7月1日 改訂
		T-Bil基準	
		Scr基準	
		150	
3			
NO	薬品1	規格	本数
	薬品2(規格本数)	時間・投与方法	
①	パロノセトロンバック		1 本
			全開で点滴
②	デキサメタゾン	6.6mg	1 本
		★生食50mL	パロノセトロン終了後 15分で点滴
③	イリノテカン()mg	100mg	本
		40mg	本
		5%ブドウ糖500mL	デキサメタゾン終了後~ 1時間30分で点滴
④	生食50mL		1 本
			イリノテカン終了後~ 全開で点滴
★DAY1に エスワン配合錠14日分 オーダー必要★			
TS-1 80mg/m ² (最大120mg/BODY) 分2 21日分			
A	エスワン配合錠 80mg/BODY (20mg)4Cap 朝夕食後(2-0-2) 21日分		
⑤ B	エスワン配合錠100mg/BODY (25mg)4Cap 朝夕食後(2-0-2) 21日分		
C	エスワン配合錠120mg/BODY (20mg)6Cap 朝夕食後(3-0-3) 21日分		
3週間服用 1~2週間休み			
【注意事項】			
<input type="checkbox"/> 4週または5週サイクルは副作用発現状況にて判断			
<input type="checkbox"/> 投与時に腹痛がある場合は、①にブスコパンあるいはアトロピンの追加を考慮			
202201改訂			
月日	指示	指示医	受け 監査 払い 払監 調製 調監 前確 実施
	①②③④	DAY1	
	①②③④	DAY15	