

NO 4041		レジメン名		FOLFOX4 (CVポートなし)				
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 ²	ml/min (mg/dl)	
【適応がん種 Colon K			I-LV/I-OHP/5FU		CCr補正	GOT補正	T-Bil補正	【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
1・レボホリナート 100 mg/m ² DAY1. 2					-	-	-	
2・オキサリプラチン 85 mg/m ² DAY1					Ccr<30(減量を考慮)			
3・フルオウラシル Bolus 400 mg/m ² DAY1. 2					30~	-	禁5.1	
4・フルオウラシル 持続 600 mg/m ² DAY1. 2					30~	-	禁5.1	
14日(2週)1クール					Ne基準	HGB基準	PLT基準	
					1500	-	75000	
NC 薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)		時間・投与法			
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		主・15分で点滴			
③ レボホリナート ()mg	100mg	本	▲5%ブドウ糖250mL		生食フラッシュ後~			
	25mg	本			主・2時間で点滴			
④ オキサリプラチン()mg	100mg	本	▲5%ブドウ糖250mL		生食フラッシュ後~			
	50mg	本			側・2時間で点滴			
⑤ フルオウラシル Bolus()mg	1000mg	本	★5%ブドウ糖50mL		レボホリナート終了後~			
	250mg	本			側・全開で投与			
⑥ フルオウラシル 持続()mg	1000mg	本	ソルデム3A500mL		フルオウラシル Bolus終了後~			
	250mg	本			主・23時間で持続点滴 輸液ポンプ使用!!			
⑦ 生食50mL		1 本			Day2の5FU終了後~ 全開で点滴			
【投与可能条件】 ①好中球1500以上 ②血小板75000以上								
【減量基準】……前クールの有害事象により判断 ①好中球500未満 ②血小板50000未満 ③消化器系グレードⅢ以上の有害事象 ①~③のいずれかが認められた場合は オキサリプラチン85→65mg/m ² およびフルオウラシル20%減量(Bolus400→300mg/m ² ・持続600→500mg/m ²)								
							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				
			①②③④⑤⑥	DAY1				
			②③	⑥⑦	DAY2			