

NO 4045-1		レジメン名		FOLFIRI(5-FUポンプ)											
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/CPT-11/5FU/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	200 mg/m ²	DAY1				-	-	-							
2・イリノテカン	150 mg/m ²	DAY1				60~	-	-							
3・フルオウラシル Bolus	400 mg/m ²	DAY1				30~	-	禁5.1							
4・フルオウラシル 持続 (合計2400mg/m ²) 14日(2週)1クール	2400 mg/m ²	DAY1				30~	-	禁5.1							
						WBC基準	HGB基準	PLT基準							
						3000	-	100000							
NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)		時間・投与法									
①	アロキシバック		1 本			全開で点滴									
②	デキサメタゾン 6.6mg ブスコパン		1 本 1 本	★生食50mL		主・15分で点滴									
③	レボホリナート ()mg	100mg 25mg	本 本	▲5%ブドウ糖250mL		デキサメタゾン終了後～ 主・2時間で点滴									
④	イリノテカン()mg	100mg 40mg	本 本	生食500mL		デキサメタゾン終了後～ 側・1時間30分で点滴									
⑤	フルオウラシル Bolus()mg	1000mg 250mg	本 本	★5%ブドウ糖50mL		レボホリナート終了後～ 側・全開で投与									
⑥	フルオウラシル 持続()mg	1000mg 250mg	本 本	生食で全量120mLに 調整(2.5mL×46h)		フルオウラシル Bolus終了後～ 主・46時間で持続点滴 シュアヒューザーポンプ使用！！									
【投与可能条件】															
①白血球3000以上 ②血小板10万以上 ③水様下痢を認めない ④感染を疑わせる38℃以上の発熱が無い ⑤食欲不振以外のグレードⅡ以上の非血液毒性が無い															
						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										