

NO 4064-1 レジメン名		Cmab-FOLFIRI (CVホ ^o トなし) (初回用)													
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									
歳		cm		kg		m ²									
						ml/min (mg/dl)									
【適応がん種】 Colon K			Cmab/I-LV/CPT-11/5FU		CCr補正	GOT補正	T-Bil補正								
1・アービタックス 400 mg/m ² DAY1					-	-	-								
アービタックス 250 mg/m ² DAY8					-	-	-								
2・レボホリナート 200 mg/m ² DAY1					60~	-	-								
3・イリノテカン 150 mg/m ² DAY1					30~	-	禁5.1								
4・フルオウラシル Bolus 400 mg/m ² DAY1					30~	-	禁5.1								
5・フルオウラシル 持続 1200 mg/m ² DAY1.2															
★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要					WBC基準	HGB基準	PLT基準								
14日(2週)1クール					3000	-	100000								
NO		薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)		時間・投与法								
①	レスタミンコーワ5錠	内服 (前投与 オーダー不要)					内服								
②	生食50mL			1 本			全開で点滴								
③	アービタックス()mg	100mg		本	▲生食250mL		レスタミンコーワ内服後~ 【下記参照】								
④	生食50mL			1 本			アービタックス終了後~ 30分で点滴								
⑤	パロノセトロンパック			1 本			全開で点滴								
⑥	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								
⑦	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								
⑧	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								
⑨	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								
⑩	フルオウラシル 持続()mg	1000mg 250mg		本 本	ソルデム3A500mL		フルオウラシル Bolus終了後~ 主・23時間で持続点滴 輸液ポンプ使用！！								
⑪	デキサメタゾン 6.6mg			1 本	★生食50mL		DAY1 5FU持続終了後~ 全開で点滴								
⑫	フルオウラシル 持続()mg	1000mg 250mg		本 本	ソルデム3A500mL		デキサメタゾン終了後~ 23時間で持続点滴 輸液ポンプ使用！！								
⑬	生食50mL			1 本			DAY2 5FU終了後~ 全開で点滴								
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
				① ~ ⑩	DAY1										
				⑪⑫⑬	DAY2										
				①②③④	DAY8										

アービタックス【Day1】投与時の点滴速度 0～30分……………40mL/時間 30～1時間30分……………100mL/時間 1時間30分～終了時……200mL/時間
アービタックス【Day8】投与時の点滴速度 0～60分……………100mL/時間 60分～終了時……………200mL/時間
【医師注意点;投与可能条件】 <input type="checkbox"/> FOLFIRI(No.445)とCmab単剤(No.4065)の注意事項を参照してください。
【看護師注意点】 <input type="checkbox"/> アービタックス投与開始～終了後1時間程度はバイタルチェック行う <input type="checkbox"/> インヒュージョン・リアクション発症時は一旦投与中止し、速やかに主治医へ報告する <input type="checkbox"/> アービタックスは強く振らない