

NO 4064-2 レジメン名 Cmab-FOLFIRI (CVポートなし) (2回目以降用)

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	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		Cmab/I-LV/CPT-11/5FU	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10月30日 登録
1・アービタックス	250 mg/m ²	DAY1. 8	-	-	-	
2・レボホリナート	200 mg/m ²	DAY1	-	-	-	
3・イリノテカン	150 mg/m ²	DAY1	60~	-	-	
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	30~	-	禁5.1	
★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～1時間で投与
④	生食50mL		1 本		アービタックス終了後～30分で点滴
⑤	パロノセトロンバック		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

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									
	⑪⑫⑬									
	①②③④									

【医師注意点;投与可能条件】

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】

- 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
- 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
- アービタックスは強く振らない