

NO 4070		レジメン名		BV-Cape			
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		BV/I-OHP/Cape		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22年1月7日 改訂
1・ペバシズマブ 7.5 mg/kg DAY1				-	-	-	
2・カペシタビン (下記参照) DAY1~14				50減量, 30禁	2.5倍以下	1.5倍以下	
21日(3週)1クール				WBC基準	HGB基準	PLT基準	
				3000	9	100000	
				T-Bil	Scr	GOT/GPT/ALP	
				施設基準値の1.5倍以下		2.5倍以下	
NO 薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)		時間・投与法		
① 生食50mL		1 本			全開で投与		
② ペバシズマブ()mg	400mg 100mg	本 本	生食100mL		1時間30分で点滴		
③ 生食50mL		1 本			ペバシズマブ終了後~全開で投与		
★DAY1に カペシタビン錠 14日分 オーダー必要★							
カペシタビン 2000mg/m ² (端数切捨て) 分2 14日分							
A・ BSA1.36未満……………カペシタビン(300mg) 2400mg/BODY/DAY 8錠 分2 朝夕食後 14日分							
④ B・ BSA1.36-1.66……………カペシタビン(300mg) 3000mg/BODY/DAY 10錠 分2 朝夕食後 14日分							
C・ BSA1.67-1.96……………カペシタビン(300mg) 3600mg/BODY/DAY 12錠 分2 朝夕食後 14日分							
2週間服用 1週間休み							
【1. 原則禁忌】 ●脳転移患者(脳出血のおそれ), 喀血(2.5mL以上の鮮血)既往患者							
【2. 投与前必須検査】 ●投与前・後に血圧測定 BP180/120を超える場合は主治医へ報告 ●ペバシズマブ検査セット (●血液算定●T-Bil●GOT●GPT●ALP●ALB●Scr●CRP●尿蛋白測定●PT-INR●APTT●フィブリノーゲン●D-ダイマー) ●WBC3000以上(好中球1500以上)●HGB9g以上●PLT100000以上●T-Bil施設の基準値1.5倍以下 ●GOT/GPT/ALP基準値の2.5倍以下(肝転移を有する場合は5倍以下)●血清クレアチニン値基準値の1.5倍以下							
【4. 減量方法】 ●白血球1000未満(好中球500未満)●血小板数50000未満●消化器系グレードⅢ以上の有害事象 上記のいずれかを認めた場合約20%程度減量考慮							
						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			
	①②③ ④→14日間 DAY1						