

NO 4080		レジメン名 Pmab-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
			~
年齢	身長	体重	体表面積
歳	cm	kg	m ²
			GFR(血清クレアチニン値)
			ml/min (mg/dl)
【適応がん種】Colon K		Pmab/I-LV/I-OHP/5FU	
1・パニツムマブ	6 mg/kg	DAY1	CCr補正
2・レボホリナート	100 mg/m ²	DAY1, 2	GOT補正
3・オキサリプラチン	85 mg/m ²	DAY1	T-Bil補正
4・フルオウラシル Bolus	400 mg/m ²	DAY1, 2	30~
5・フルオウラシル 持続	600 mg/m ²	DAY1, 2	30~
★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要		Ccr60-40-20(50-35-25%)	
14日(2週)1クール		30~	
		WBC基準	
		HGB基準	
		PLT基準	
		3000	
		100000	
		平成22年4月26日 登録	
NO 薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)
①	ベクティビックス()mg	400mg 本	生食100mL
		100mg 本	
②	生食50mL	1 本	1時間で点滴 (1000mg以上は90分)
③	パロノセトロンバック	1 本	ベクティビックス終了後~ 10分で点滴
④	デキサメタゾン 6.6mg	1 本	全開で点滴
⑤	レボホリナート()mg	100mg 本	生食50mL
		25mg 本	5%ブドウ糖250mL
⑥	オキサリプラチン()mg	100mg 本	生食フラッシュ後~
		50mg 本	主・2時間で点滴
⑦	フルオウラシル Bolus()mg	1000mg 本	5%ブドウ糖250mL
		250mg 本	生食フラッシュ後~
⑧	フルオウラシル 持続()mg	1000mg 本	レボホリナート終了後~
		250mg 本	側・全開で投与
⑨	生食50mL	1 本	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!!
			Day2の5FU終了後~
			全開で点滴
【医師注意点;投与可能条件】			
□FOLFOX4(No.441)とパニツムマブ単剤(No.473)の注意事項を参照してください。			
【看護師注意点】			
□ベクティビックスは強く振らない・インラインフィルター付輸液セット(PVCフリー)を使用する			
□インフュージョン・リアクション発症時は一旦投与を中止し、速やかに主治医へ報告する			
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
	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨ DAY1		
	④⑤ ⑦⑧⑨ DAY2		