

NO 4081-1 レジメン名		Pmab-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			Pmab/I-LV/CPT-11/5FU/5FU		CCr補正	GOT補正	T-Bil補正					
1・パニツムマブ 6 mg/kg DAY1					-	-	-					
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 2400 mg/m ² DAY1 (合計2400mg/m ²)					30~	-	禁5.1					
★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要												
14日(2週)1クール					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	ベクティビックス()mg	400mg 100mg	本 本	生食100mL	1時間で点滴 (1000mg以上は90分)							
②	生食50mL		1 本		ベクティビックス終了後~ 10分で点滴							
③	アロキシバック		1 本		全開で点滴							
④	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							
⑤	レボホリナート()mg	100mg 25mg	本 本	▲5%ブドウ糖250mL	生食フラッシュ後~ 主・2時間で点滴							
⑥	イリノテカン()mg	100mg 40mg	本 本	生食500mL	生食フラッシュ後~ 側・1時間30分で点滴							
⑦	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							
⑧	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 シェアユーザーポンプ使用!!							
【医師注意点;投与可能条件】												
□FOLFIRI(No.445)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
			①②③④⑤⑥⑦⑧	DAY1								