

NO <b>4089</b>		レジメン名 <b>BV-LV5FU2 (Simplified LV5FU2)</b>	
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 <sup>2</sup>
			GFR(血清クレアチニン値)
			ml/min (mg/dl)
【適応がん種】 Colon K		BV/I-LV/I-OHP/5FU	
1・ベバシズマブ	5(~10) mg/kg	DAY1	CCr補正
2・レボホリナート	200 mg/m <sup>2</sup>	DAY1	GOT補正
			T-Bil補正
3・フルオウラシル Bolus	400 mg/m <sup>2</sup>	DAY1	30~
4・フルオウラシル 持続	2400 mg/m <sup>2</sup>	DAY1	30~
			禁5.1
			禁5.1
			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
14日(2週)1クール			
NO 薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)
			時間・投与方法
① デキサメタゾン 6.6mg		1 本	★生食50mL
① グラニセトロン 1mg		1 本	15分で点滴
② ベバシズマブ( )mg	400mg	本	生食100mL
	100mg	本	
③ 生食50mL		1 本	②終了後~ 全開で投与
④ レボホリナート( )mg	100mg	本	▲5%ブドウ糖250mL
	25mg		
⑤ フルオウラシル Bolus( )mg	1000mg	本	★5%ブドウ糖50mL
	250mg		
⑥ フルオウラシル 持続( )mg	1000mg	本	生食で全量120mLに調整(2.5mL×46h)
	250mg		
			⑤終了後~ 46時間で持続点滴 シュアヒューザーポンプ使用！！
【1. 原則禁忌】 ●脳転移患者(脳出血のおそれ)			
【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			
●ベ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)			
【3. 投与可能条件】			
●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			
年月日	指示	指示医	受け 監査 払い 払監 調製 調監 前確 実施
	①②③④⑤⑥	DAY1	
【投与可能条件】			
①好中球1500以上 ②血小板75000以上			
【減量基準】.....前クールの有害事象により判断			
①好中球500未満 ②血小板50000未満 ③消化器系グレードⅢ以上の有害事象			
①~③のいずれかが認められた場合は、フルオウラシル20%減量			

ペバシズマブ投与 リスク患者:

- 1) 消化管など腹腔内の炎症を合併(消化管穿孔のおそれ)
- 2) 大きな手術の術創が治癒していない(創傷治癒遅延による合併症)
- 3) 先天性出血素因、凝固系異常のある患者(出血のおそれ) 4) 抗凝固剤投与中の患者(出血のおそれ)
- 5) 血栓塞栓既往患者(心筋梗塞、脳梗塞、深部静脈血栓症、肺塞栓症のおそれ) 6) 高血圧患者(悪化のおそれ)
- 7) 高齢者(重大な副作用が現れやすい) 8) 妊婦、授乳婦(動物実験で催奇形性、授乳中に移行)