

NO 4090		レジメン名 Pmab-LV5FU2 (Simplified LV5FU2)	
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
			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/l-LV/l-OHP/5FU	
1・パニツムマブ	6 mg/kg	DAY1	CCr補正
2・レボホリナート	200 mg/m ²	DAY1	GOT補正
			T-Bil補正
3・フルオウラシル Bolus	400 mg/m ²	DAY1	30~
4・フルオウラシル 持続	2400 mg/m ²	DAY1	30~
			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)
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 ベクティビックス()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 シャフューザーポンプ使用！！			
【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			
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			