

NO **4104** レジメン名 **FL+nal-IRI(オニバイド+5-FU/LV)**

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】PK	オニバイド/1-LV/5FU	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20年7月1日 改訂
1・オニバイド	70 mg/m ² DAY1	-	-	-	
2・レボホリナート	200 mg/m ² DAY1	60~	-	-	
3・フルオウラシル 持続	2400 mg/m ² DAY1	30~	-	禁5.1	
14日(2週)1クール		30~	-	禁5.1	
		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	パロノセトロンパック		1 本		全開で点滴
②	デキサメタゾン 6.6mg		1.5 本	★生食50mL	15分で点滴
	ブスコパン		1 本		
③	オニバイド()mg	43mg	本	5%ブドウ糖500mL	デキサメタゾン終了後～ 1時間30分で点滴
④	レボホリナート ()mg	100mg	本	▲5%ブドウ糖250mL	オニバイド終了後～ 2時間で点滴
		25mg	本		
⑤	フルオウラシル 持続()mg	1000mg	本	生食で全量230mLに 調整(5mL×46h)	レボホリナート終了後～ 46時間で持続点滴 シェアユーザーポンプ使用！！

【投与可能条件】
 ①白血球3000以上 ②血小板10万以上 ③水様下痢を認めない
 ④感染を疑わせる38℃以上の発熱が無い ⑤食欲不振以外のグレードⅡ以上の非血液毒性が無い

										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
	①②③④⑤	DAY1								