NO 4110　レジメン名　mFOLFOX6

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	㎡	ml/min（mg/dl）

【適応がん種 Colon　K　　I－LV/I－OHP/5FU

1・レボホリナート　200 mg/㎡　DAY1

2・オキサリプラチン　85 mg/㎡　DAY1

3・フルオロウラシル　Bolus　400 mg/㎡　DAY1

4・フルオロウラシル　持続　2400 mg/㎡　DAY1

14日（2週）1クール

CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
－	－	－
Ccr＜30（減量を考慮）		
30～	－	禁5.1
30～	－	禁5.1
Ne基準	HGB基準	PLT基準
1500	－	75000

【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

NO	薬品1	規格	本数	薬品2（規格本数）	時間・投与法
①	パロノセトロンバック		1　本		全開で点滴
②	デキサメタゾン	6.6mg	1　本	★生食50mL	パロノセトロン終了後15分で点滴
③	レボホリナート（　　）mg	100mg	本	▲5%ブドウ糖250mL	デキサメタゾン終了後～側・2時間で点滴
④	オキサリプラチン（　　）mg	100mg	本	▲5%ブドウ糖250mL	デキサメタゾン終了後～主・2時間で点滴
		50mg	本		
⑤	フルオロウラシル　Bolus（　　）mg	1000mg	本	★5%ブドウ糖50mL	オキサリプラチン終了後～主・全開で投与
⑥	フルオロウラシル　持続（　　）mg	1000mg	本	生食で全量120mLに調整（2.5mL×46h）	フルオロウラシル　Bolus終了後～主・46時間で持続点滴

シュアヒューザーポンプ使用！！

【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
オキサリプラチン85→65mg/㎡およびフルオロウラシル20%減量（Bolus400→300mg/㎡・持続2400→1900mg/㎡）

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
			①②③④⑤⑥	DAY1									