NO **4113** レジメン名 **Pmab-CPT-11**

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　　Pmab/CPT－11

1・パニツムマブ　6 mg/kg　DAY1

2・イリノテカン　150 mg/㎡　DAY1

★TSE（伝達性海綿状脳症）説明必要

14日（2週）1クール

CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
－	－	－
－	－	－
60～	－	－
30～	－	禁5.1
30～	－	禁5.1

WBC基準	HGB基準	PLT基準
3000	－	100000

【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10月30日 登録

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	本	生食100mL	1時間で点滴 （1000mg以上は90分）
		100mg	本		
②	生食50mL		1 本		ベクティビックス終了後～ 10分で点滴
③	パロノセトロンバック		1 本		全開で点滴
④	デキサメタゾン 6.6mg		1 本	★生食50mL	主・15分で点滴
	ブスコパン		1 本		
⑤	イリノテカン（　　）mg	100mg	本	生食500mL	デキサメタゾン終了後～ 主・1時間30分で点滴
		40mg	本		
⑥	生食50mL		1 本		イリノテカン終了後～ 全開で点滴

【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
			①②③④⑤⑥　DAY1									