NO **4138** レジメン名 **Niv+CAPOX**

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】MK　　Niv/I－OHP/Cape

1・ニボルマブ　360 mg/body DAY1
2・オキサリプラチン　130 mg/㎡　DAY1
3・カペシタビン　（下記参照）　DAY1～14

21日(3週)1クール

CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
–	–	–
Ccr60-40-20(50-35-25%)		
50減量，30禁	2.5倍以下	1.5倍以下
–	–	–
–	–	–
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

【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22年1月7日 改訂

NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
①	生理食塩水		1 本	50mL	15分
②	オプジーボ(　　)	360mg	1 本	★生食100mL	30分以上で点滴
③	生理食塩水		1 本	50mL	15分
④	パロノセトロンバック		1 本		全開で点滴
⑤	デキサメタゾン 6.6mg		1 本	★5%ブドウ糖50mL	主・15分で点滴
⑥	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～
		50mg	本		2時間で点滴
⑦	5%ブドウ糖50mL		1 本		オキサリプラチン終了後～全開で点滴

★DAY1に　カペシタビン錠14日分　オーダー必要★

⑧ カペシタビン　2000mg/㎡(端数切捨て)　分2　14日分

A・ BSA1.36未満・・・・・・・・・カペシタビン(300mg)　2400mg/BODY/DAY　8錠　分2　朝夕食後　14日分

B・ BSA1.36-1.66・・・・・・・・カペシタビン(300mg)　3000mg/BODY/DAY　10錠　分2　朝夕食後　14日分

C・ BSA1.67-1.96・・・・・・・・・カペシタビン(300mg)　3600mg/BODY/DAY　12錠　分2　朝夕食後　14日分

2週間服用　1週間休み

【注意事項】
Infusion reactionの予防が必要な場合は、投与30分前に、ジフェンヒドラミン(レスタミンコーワ50mg内服)、必要であれば、アセトアミノフェン(カロナール300～1000mg)の投与を考慮する。

【看護師注意事項】
Infusion reactionとして，発熱，悪寒，そう痒症，発疹，高血圧，低血圧，呼吸困難等があらわれることがあるので，本剤の投与は重度のInfusion reactionに備えて緊急時に十分な対応のできる準備を行った上で開始すること。また，2回目以降の本剤投与時にInfusion reactionがあらわれることもあるので，本剤投与中及び本剤投与終了後はバイタルサインを測定するなど，患者の状態を十分に観察すること。なお，Infusion reactionを発現した場合には，全ての徴候及び症状が完全に回復するまで患者を十分観察すること。

インラインフィルター(0．2又は0．22μm)を使用すること。

202112作成

月日			指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
			①②③④⑤⑥⑦　DAY1									