

NO 4139 レジメン名		Niv+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	m ²	ml/min (mg/dl)	
【適応がん種 MK		Niv/ I-LV/ L-OHP/ 5FU		CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
1・ニボルマブ 240 mg/body DAY1				-	-	-
2・レボホリナート 200 mg/m ² DAY1				Ccr<30(減量を考慮)		
3・オキサリプラチン 85 mg/m ² DAY1						
4・フルオウラシル Bolus 400 mg/m ² DAY1				30~	-	禁5.1
5・フルオウラシル 持続 2400 mg/m ² DAY1~2						
14日(2週)1クール				30~	-	禁5.1
				Ne基準	HGB基準	PLT基準
				1500	-	75000
NC 薬品1		規格	本数	薬品2(規格本数)		時間・投与方法
①生理食塩水			1 本	50mL		15分
②オプジーボ()	240mg		1 本	★生食100mL		30分以上で点滴
③生理食塩水			1 本	50mL		15分
④パロノセトロンパック			1 本			全開で点滴
⑤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
⑥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
⑦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			
⑧フルオウラシル 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
⑨フルオウラシル 持続()mg	1000mg		本	生食で全量120mLに 調整(2.5mL×46h)		フルオウラシル Bolus終了後~ 主・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/m ² およびフルオウラシル20%減量(Bolus400→300mg/m ² ・持続2400→1900mg/m ²)						
【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		
	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨ DAY1					