

|   |                        |  |                |                                       |                   |                   |   |
|---|------------------------|--|----------------|---------------------------------------|-------------------|-------------------|---|
| NO  | <b>4045</b>            | レジメン名  | <b>FOLFIRI</b> |                                       |                   |                   |   |
| 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 <sup>2</sup>                        | ml/min<br>(mg/dl) |                   |   |
| 【適応がん種】 Colon K                               |                        | I-LV/CPT-11/5FU/5FU  |                | CCr補正                                 | GOT補正             | T-Bil補正           | 【病状】<br>1 全て説明している<br>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<br>3 未告知である<br>【治療】<br>1 抗癌剤による治療・予防と説明<br>2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明<br>3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明<br>4 薬に関しては説明していない<br>平成20年7月1日 改訂 |
| 1・レボホリナート                                     | 200 mg/m <sup>2</sup>  | DAY1   |                | -                                     | -                 | -                 |   |
| 2・イリノテカン                                      | 150 mg/m <sup>2</sup>  | DAY1   | 60~            | -                                     | -                 |                   |   |
| 3・フルオウラシル Bolus                               | 400 mg/m <sup>2</sup>  | DAY1   | 30~            | -                                     | 禁5.1              |                   |   |
| 4・フルオウラシル 持続                                  | 1200 mg/m <sup>2</sup> | ×2回 DAY1~2<br>(合計2400mg/m <sup>2</sup> )<br>14日(2週)1クール (便宜上指示書は2クール分) | 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 アロキシバック                                     |                        | 1 本  |                | 全開で点滴                                 |                   |                   |   |
| ② デキサメタゾン 6.6mg<br>ブスコパン                      |                        | 1 本<br>1 本   | ★生食50mL        | 主・15分で点滴                              |                   |                   |   |
| ③ レボホリナート ( )mg<br>「オーハラ」                     | 100mg                  | 本  | ▲5%ブドウ糖250mL   | デキサメタゾン終了後~<br>主・2時間で点滴               |                   |                   |   |
|   | 25mg                   | 本  |                |                                       |                   |                   |   |
| ④ イリノテカン ( )mg                                | 100mg                  | 本  | 生食500mL        | デキサメタゾン終了後~<br>側・1時間30分で点滴            |                   |                   |   |
|   | 40mg                   | 本  |                |                                       |                   |                   |   |
| ⑤ フルオウラシル Bolus ( )mg                         | 1000mg                 | 本  | ★5%ブドウ糖50mL    | レボホリナート終了後~<br>側・全開で投与                |                   |                   |   |
| ⑥ フルオウラシル 持続 ( )mg                            | 1000mg                 | 本  | ソルデム3A500mL    | レボホリナート終了後~<br>主・23時間で持続点滴<br>ポンプ使用！！ |                   |                   |   |
| ⑦ デキサメタゾン 6.6mg                               |                        | 1 本  | ★生食50mL        | Day1のフルオウラシル持続終了後~<br>主・全開で点滴         |                   |                   |   |
| ⑧ フルオウラシル 持続 ( )mg                            | 1000mg                 | 本  | ソルデム3A500mL    | デキサメタゾン終了後~<br>主・23時間で持続点滴<br>ポンプ使用！！ |                   |                   |   |
| ⑨ 生食50mL                                      |                        | 1 本  |                | Day2のフルオウラシル終了後~<br>全開で点滴             |                   |                   |   |
| 【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 |                        |  |                |                                       |                   |                   |   |
| ★9万円/14日1クール                                  |                        |  |                | ★48時間15分                              |                   | 200807更新          |   |
| 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            |  |                |                                       |                   |                   |   |
|   | ⑦⑧⑨ DAY2               |  |                |                                       |                   |                   |   |
| 13日間以上 間隔をあける！！                               |                        |  |                |                                       |                   |                   |   |
| 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            |  |                |                                       |                   |                   |   |
|   | ⑦⑧⑨ DAY2               |  |                |                                       |                   |                   |   |
| 13日間以上 間隔をあける！！                               |                        |  |                |                                       |                   |                   |   |