

|                            |                         |            |                        |                                    |  |                |                   |
|----------------------------|-------------------------|------------|------------------------|------------------------------------|--|----------------|-------------------|
| NO <b>4058-1</b>           |                         | レジメン名      |                        | <b>BV-FOLFIRI(5-FUポンプ)</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            |                         |            | BV/1-LV/CPT-11/5FU/5FU |                                    | CCr補正  | GOT補正          | T-Bil補正           |
| 1・アバステン                    | 5(〜10) mg/kg            | DAY1       |                        |                                    | -  | -              | -                 |
| 2・レボホリナート                  | 200 mg/m <sup>2</sup>   | DAY1       |                        |                                    | -  | -              | -                 |
| 3・イリノテカン                   | 150 mg/m <sup>2</sup>   | DAY1       |                        |                                    | 60〜  | -              | -                 |
| 4・フルオウラシル Bolus            | 400 mg/m <sup>2</sup>   | DAY1       |                        |                                    | 30〜  | -              | 禁5.1              |
| 5・フルオウラシル 持続               | 2400 mg/m <sup>2</sup>  | ×1回 DAY1-2 |                        |                                    | 30〜  | -              | 禁5.1              |
| (合計2400mg/m <sup>2</sup> ) |                         |            |                        |                                    | 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            |
| 14日(2週)1クール                |                         |            |                        |                                    | 【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                          | 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                          | アバステン( )mg              | 400mg      | 本                      | 生食100mL                            | デキサメタゾン終了後〜<br>主・1時間30分で点滴                         |                |                   |
|                            |                         | 100mg      | 本                      |                                    |  |                |                   |
| ④                          | 生食50mL                  |            | 1 本                    |                                    | アバステン終了後〜<br>主・全開で投与                               |                |                   |
| ⑤                          | レボホリナート ( )mg<br>「オーハラ」 | 100mg      | 本                      | ▲5%ブドウ糖250mL                       | 生食フラッシュ後〜<br>主・2時間で点滴                              |                |                   |
|                            |                         | 25mg       | 本                      |                                    |  |                |                   |
| ⑥                          | イリノテカン( )mg             | 100mg      | 本                      | 生食500mL                            | 生食フラッシュ後〜<br>側・1時間30分で点滴                           |                |                   |
|                            |                         | 40mg       | 本                      |                                    |  |                |                   |
| ⑦                          | 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                             |                |                   |
| ⑧                          | フルオウラシル 持続( )mg         | 1000mg     | 本                      | 生食100mL<br>(生食で2mL×46h)<br>92mLに調整 | フルオウラシル Bolus終了後〜<br>主・46時間で持続点滴<br>シェアユーザーポンプ使用！！ |                |                   |

【1. 原則禁忌】 ●脳転移患者(脳出血のおそれ)

【2. 投与前必須検査】

●投与前・後に血圧測定 BP180/120を超える場合は主治医へ報告

●アバステン検査セット(●血液算定●T-Bil●GOT●GPT●ALP●ALB●Scr●CRP●尿蛋白測定●PT-INR●APTT●フィブリノーゲン●D-ダイマー)

【3. 投与可能条件】

●WBC3000以上(好中球1500以上)●HGB9g以上●PLT100000以上●T-Bil施設の基準値1.5倍以下

●GOT/GPT/ALP基準値の2.5倍以下(肝転移を有する場合は5倍以下)●血清クレアチニン値基準値の1.5倍以下

●水様性下痢を認めない●感染を疑わせる38℃以上の発熱が無い●グレードII以上の非血液毒性(食欲不振を除く)を認めない

|               |          |  |  |        |    |    |    |    |    |    |          |    |
|---------------|----------|--|--|--------|----|----|----|----|----|----|----------|----|
| ★40万円/14日1クール |          |  |  | ★約50時間 |    |    |    |    |    |    | 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 |
|               | ①②③④⑤⑥⑦⑧ |  |  | DAY1   |    |    |    |    |    |    |          |    |
|               | ⑧        |  |  | DAY2   |    |    |    |    |    |    |          |    |

13日間以上 間隔をあげる！！

|    |          |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----------|--|--|------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 月日 | 指示       |  |  | 指示医  | 受け | 監査 | 払い | 払監 | 調製 | 調監 | 前確 | 実施 |
|    | ①②③④⑤⑥⑦⑧ |  |  | DAY1 |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    | ⑧        |  |  | DAY2 |    |    |    |    |    |    |    |    |