

**NO 4061-1 レジメン名 アリバルセプトベータ(ザルトラップ)-FOLFIRI(5-FUポンプ)**

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 (mg/dl)	

【適応がん種】 Colon K	アリバルセプトβ / I-LV/CPT-11/5FU/5FU	CCr補正	GOT補正	T-Bil補正	【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
1・ザルトラップ 4 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	

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 ブスコパン		1 本 1 本	★生食50mL	主・15分で点滴
③	ザルトラップ ( )mg	200mg	本	生食100mL	デキサメタゾン終了後～ 主・1時間30分で点滴
		100mg	本		
④	レボホリナート ( )mg 「オーハラ」	100mg	本	▲5%ブドウ糖250mL	ザルトラップ後～ 主・2時間で点滴
		25mg	本		
⑤	イリノテカン( )mg	100mg	本	生食500mL	ザルトラップ後～ 側・1時間30分で点滴
		40mg	本		
⑥	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～ 側・全開で投与
⑦	フルオウラシル 持続( )mg	1000mg	本	生食100mL (生食で2mL×46h) 92mLに調整	フルオウラシル Bolus終了後～ 主・46時間で持続点滴 シユアヒューザーポンプ使用！！

- 【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

- 【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

					★約50時間						201903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	
	①②③④⑤⑥⑦	DAY1									
	⑦	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
	①②③④⑤⑥⑦	DAY1								
	⑦	DAY2								