

NO **4080** レジメン名 **Pmab-FOLFOX4(KRAS野生型)**

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】 Colon K	Pmab/1-LV/1-OHP/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22年4月26日 登録
1・パニツムマブ 6 mg/kg DAY1		-	-	-	
2・レボホリナート 100 mg/m ² DAY1, 2		-	-	-	
3・オキサリプラチン 85 mg/m ² DAY1		Ccr60-40-20(50-35-25%)			
4・フルオウラシル Bolus 400 mg/m ² DAY1, 2		30~	-	禁5.1	
5・フルオウラシル 持続 600 mg/m ² DAY1, 2		30~	-	禁5.1	
★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要		WBC基準	HGB基準	PLT基準	
14日(2週)1クール		3000	-	100000	

NO 薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
① ベクティビックス()mg	400mg 100mg	本 本	生食100mL	1時間で点滴 (100mg以上は90分)
② 生食50mL		1 本		ベクティビックス終了後~ 10分で点滴

③ アロキシバック		1 本		生食終了後~全開
④ デキサメタゾン 6.6mg		1 本	★5%ブドウ糖50mL	主・15分で点滴
⑤ レボホリナート「オーハラ」()mg	100mg 25mg	本 本	▲5%ブドウ糖250mL	デキサメタゾン終了後~ 側・2時間で点滴(DAY2は主)
⑥ オキサリプラチン()mg	100mg 50mg	本 本	▲5%ブドウ糖250mL	デキサメタゾン終了後~ 主・2時間で点滴
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~ 主・全開で投与
⑧ フルオウラシル 持続()mg	1000mg	本	5%ブドウ糖500mL	フルオウラシル Bolus終了後~ 主・2時間で持続点滴 ポンプ使用!!
⑨ 生食50mL		1 本		フルオウラシル終了後~ 全開で点滴

【医師注意点;投与可能条件】
 FOLFOX4(No.441)とパニツムマブ単剤(No.473)の注意事項を参照してください。
 【看護師注意点】
 ベクティビックスは強く振らない・インラインフィルター付輸液セット(PVCフリー)を使用する
 インヒュージョン・リアクション発症時は一旦投与を中止し、速やかに主治医へ報告する

クール数()

★46万円/14日1クール	★約52時間(DAY1~2)/約1時間(DAY15)	200810 登録								
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									
	④⑤ ⑦⑧⑨ DAY2									
	①②(必要に応じて) DAY15									

クール数()

★46万円/14日1クール	★約52時間(DAY1~2)/約1時間(DAY15)	200810 登録								
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									
	④⑤ ⑦⑧⑨ DAY2									
	①②(必要に応じて) DAY15									