外来 ・ 入院　　指示日;　　年　　月　　日

NO 4081	レジメン名	Pmab-FOLFIRI(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	㎡	ml/min (mg/dl)

【適応がん種】Colon K　　Pmab/I−LV/CPT−11/5FU/5FU

1・パニツムマブ	6 mg/kg	DAY1	
2・レボホリナート	200 mg/㎡	DAY1	
3・イリノテカン	150 mg/㎡	DAY1	
4・フルオロウラシル Bolus	400 mg/㎡	DAY1	
5・フルオロウラシル 持続	1200 mg/㎡	×2回 DAY1～2	

(合計2400mg/㎡)

★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要

14日(2週)1クール

CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
−	−	−
−	−	−
60～	−	−
30～	−	禁5.1
30～	−	禁5.1

WBC基準	HGB基準	PLT基準
3000	−	100000

【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10月30日 登録

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 (1000mg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		全開で点滴
④	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
⑤	レボホリナート「オーハラ」( )mg	100mg 25mg	本 本	▲5%ブドウ糖250mL	デキサート終了後～ 主・2時間で点滴
⑥	イリノテカン( )mg	100mg 40mg	本 本	生食500mL	デキサート終了後～ 側・1時間30分で点滴
⑦	フルオロウラシル 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
⑧	フルオロウラシル 持続( )mg	1000mg	本	ソルデム3A500mL	フルオロウラシル Bolus終了後～ 主・23時間で持続点滴 ポンプ使用！！
⑨	デキサメタゾン 6.6mg		1 本	生食50mL	Day1のフルオロウラシル持続終了後～ 主・全開で点滴
⑩	フルオロウラシル 持続( )mg	1000mg	本	ソルデム3A500mL	デキサメタゾン終了後～ 主・23時間で持続点滴 ポンプ使用！！
⑪	生食50mL		1 本		Day2のフルオロウラシル持続終了後～ 主・全開で点滴

【医師注意点;投与可能条件】
□FOLFIRI(No.445)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(　　)

★40万円/14日1クール　　★約52時間(DAY1～2)/約1.5時間(DAY8)　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									
			⑨～⑪ DAY2									
			①②(必要に応じて) DAY15									

クール数(　　)

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									
			⑨～⑪ DAY2									
			①②(必要に応じて) DAY15									

次クール予定日【　　】