

NO **4089** レジメン名 **BV-sLV5FU2**

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	BV/1-LV/1-OHP/5FU/5FU	CCr補正	GOT補正	T-Bil補正	【症状】 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・アバスチン 50~100 mg/kg	DAY1	-	-	-	
2・レボホリナート 100 mg/m <sup>2</sup>	DAY1. 2	-	-	-	
4・フルオウラシル Bolus 400 mg/m <sup>2</sup>	DAY1. 2	30~	-	禁5.1	
5・フルオウラシル 持続 600 mg/m <sup>2</sup>	DAY1. 2	30~	-	禁5.1	
		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					

NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
①	デキサメタゾン 6.6mg グラニセロン「NK」1mg(day1のみ)		1 本 1 本	★生食50mL	15分で点滴
②	アバスチン( )mg	400mg 100mg	本 本	生食100mL	①デキサメタゾン終了後~ 1時間30分で点滴
③	生食50mL		1 本		②アバスチン終了後~ 全開で投与
④	レボホリナート ( )mg 「オーハラ」	100mg 25mg	本 本	▲5%ブドウ糖250mL	③生食フラッシュ後~ 2時間で点滴
⑤	フルオウラシル Bolus( )mg	1000mg	本	★5%ブドウ糖50mL	④レボホリナート終了後~ 全開で投与
⑥	フルオウラシル 持続( )mg	1000mg	本	5%ブドウ糖500mL	⑤フルオウラシル Bolus終了後~ 22時間で持続点滴 <b>ポンプ使用！！</b>
⑦	生食50mL		1 本		⑥フルオウラシル終了後~ 全開で点滴

- 【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  
●アバスチン検査セット(●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
- 【4. 減量方法】  
●白血球1000未満(好中球500未満)●血小板数50000未満●消化器系グレードⅢ以上の有害事象  
上記のいずれかを認めた場合約20%程度減量考慮  
(フルオウラシルBolus400→300mg/m<sup>2</sup> フルオウラシル持続600→500mg/m<sup>2</sup> 程度へ減量)

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								
	① ④⑤⑥⑦	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								
	① ④⑤⑥⑦	DAY2								

13日間以上 間隔をあける！！