

ID:	=患者情報!B1			(FOLFIRI + パニツムマブ) 療法				施行日	クール
患者氏名	=患者情報!B2		殿						
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	入院/外来	入力日	年	月	日	
疾患名				開始日	年	月	日		
クール	2週毎			診療科					
	備考	RAS (KRAS及びNRAS) 遺伝子変異の有無を考慮した上で、適応患者の選択を行うこと			医師名				
重要	B型肝炎の再活性化 (de novo B型肝炎) 対策として、右記の検査が未実施の場合は、全例スクリーニング対象となります。化学療法開始前or初回投与時に測定して下さい。 ※詳細については、『化学療法により発生するB型肝炎対策～浦添総合病院バージョン～』をご参照下さい。							<input type="checkbox"/> HBs抗原	
								<input type="checkbox"/> HBs抗体	
								<input type="checkbox"/> HBc抗体	
適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line以降			告知の有無	P	S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済	
	<input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発								
	<input checked="" type="checkbox"/> 適応: KRAS遺伝子野生型のみ			身長	cm	体重	kg	体表面積 0.00 m ²	
CPT-11の通常用量は150mg/m ² です。180mg/m ² での用量設定を行う場合は、必ず ①消化器内科医へコンサルトし、 ②UGT1A1遺伝子多型の検査をお願いします。				外来化療加算	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外	投与量 パニツムマブ 6mg/kg イリリネカン 通常: 150mg/m ² (消化器内科相談→最大: 180mg/m ²) レボホリナト 200mg/m ² フルオロウラシル (bolus) 400mg/m ² フルオロウラシル 2400~3000mg/m ²			

第1日目

レスタミンコーワ錠 (10mg) 5錠
(パニツムマブ投与30分前までに内服)

ボトル①
デキザト注 (3.3mg) 6.6 mg
アロキシ点滴静注バッグ (0.75mg/50mL/袋) 1 袋

ボトル②
パニツムマブ注 [ベクティビックス] [] mg
生食液 100 mL

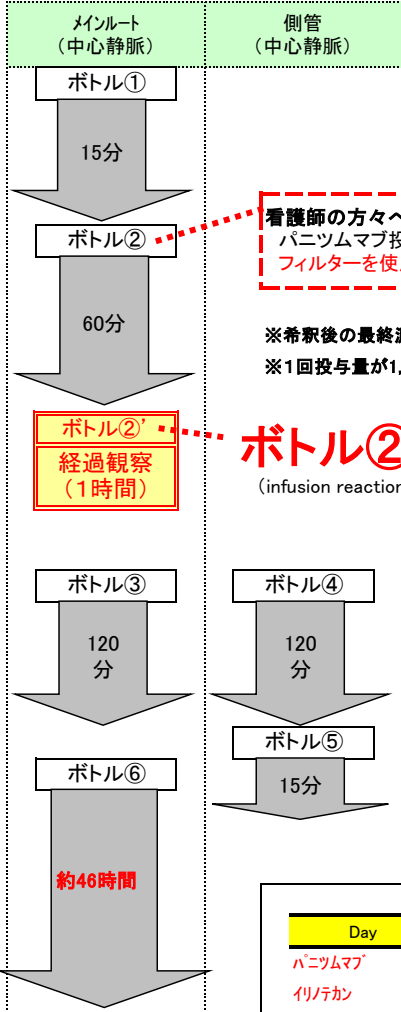
ボトル②' (初回のみ)
生食液 (100) 100 mL

ボトル③
レボホリナト注 [] mg
5%ブドウ糖液 250 mL

ボトル⑥
フルオロウラシル注 [] mg
生食液 (100mL) 100 mL
※フルオロウラシル+N/S=100mLに設定 (ハクスターインフューザー-SV2.5使用)
2.5mL/hr

第2日目

注意) ポート埋め込みが完了しているのかを確認すること。



看護師の方々へ;
パニツムマブ投与の際は必ずPVCフリー輸液セット、フィルターを使用して下さい。

※希釈後の最終濃度が10mg/mLを超えないように注意
※1回投与量が1,000mgを超える場合は90分以上かけて投与

ボトル②' は初回のみ
(infusion reaction確認のため: 2回目以降は不要)

◀③及び④は、同時投与▶

ボトル④
イリリネカン注 [] mg
5%ブドウ糖液 250 mL
※ 5-FUはルートを変更すること。

ボトル⑤
フルオロウラシル注 [] mg
5%ブドウ糖液 50 mL
◀⑤は、側管から全開▶

	1Kur目	2Kur目
Day	1	15
パニツムマブ	↓	↓
イリリネカン	↓	↓
フルオロウラシル	↓	↓

Day 2 & 3 デカトロン錠 (4mg) 2錠/2x (朝・昼食後)

注意事項など

	確認者	監査者