

ID:	=患者情報!B1			(UFT + ユーゼル + BV) 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	切除不能進行再発大腸癌			開始日	年 月 日
-----	-------------	--	--	-----	-------

クール	3	週	投与	1	週	休薬	診療科
備考	UFT : 3週投与1週休薬 ユーゼル : 3週投与1週休薬 ペバシズマブ : day1.day15					医師名	

適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降 <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"/> 腫瘍進行が緩徐と判断される場合 または重篤な有害事象の発生を好まない場合	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------	--	--

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。 <small>※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。</small>				<input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HBs抗体 <input type="checkbox"/> HBc抗体
-----------	---	--	--	--	--

身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00	m ²	告知の有無	外来化療加算
薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	P S		<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外
UFT 300	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	ユーゼル 75	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	ペバシズマブ 5	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/kg	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済	

レジメン内容

順番	医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール
経口	ユーエフティー(UFT)	mg/3x	P.O 食事の前後1時間を避けて内服	1回 mg
経口	ユーゼル錠(25mg) [ロイコホリンCa]	75 mg/3x	P.O 食事の前後1時間を避けて内服	1回 25 mg

ユーゼル錠は、UFTと同時に経口投与する。
 ※食事の前後1時間を避けて内服する。

①	ペバシズマブ注 [アバスタチン]	mg	D.I.V	初回 90分 2回目以降 30分 <small>※問題なければ時間短縮</small>
	生食液(100mL)	100mL		

注意事項など

併用禁忌・・・TS-1 (TS-1投与中及び中止後7日以内は投与しないこと)

	1Kur目	1-②	2Kur目	2-②	確認者	監査者
Day	1	15	21 22	28 29		
ユーエフティー	↓	↓	↓	↓		
ユーゼル	↓	↓	↓	↓		
ペバシズマブ	↓	↓	↓	↓		