

ID:	=患者情報!B1			(FOLFOXIRI) 療法				施行日	クール
患者氏名	=患者情報!B2		殿					入院/外来	入力日
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	開始日	年	月	日		
疾患名					診療科				
クール	2週毎				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								
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。							<input type="checkbox"/> HBs抗原	
	※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抗体	
								<input type="checkbox"/> HBc抗体	

身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m ²	外来化療加算	A
告知の有無		P S	UGT1A1遺伝子多型の検査		<input type="checkbox"/> 済	CVポート留置	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 予定	同意書取得→	<input type="checkbox"/> 済	

項目	適正使用	慎重投与	投与禁忌
ECOG Performance Status (PS)	○ 0 - 1		× 2以上
年齢	○ 65歳未満	△ 65歳以上	
骨髄機能	好中球数 (/mm ³)	○ 2,000以上	× 2,000未満
	血小板数 (/mm ³)	○ 10万以上	× 10万未満
総ビリルビン値 (mg/dL) / 黄疸	○ 1.2以下かつ黄疸を認めない	△ 1.2超～1.8以下かつ黄疸を認めない	× 1.8超 × 黄疸を認める
下痢 (水様便を含む)	○ 認めない		× 認める
UGT1A1遺伝子多型: ホモ(UGT1A1*6/*6, UGT1A1*28/*28) 又はダブルヘテロ(UGT1A1*6/*28)	○ もたない	△ もつ	腫瘍: FOLFIRINOXを参照

	メインルート (中心静脈)	側管 (中心静脈)	【投与量】
第1日目	ボトル① ↓ 15分 ボトル② ↓ 60分 ボトル③ ↓ 120分 ボトル④ ↓ 120分 ボトル⑤ ※約48時間	内服薬(制吐剤) イメンドCap (125) 1Cap/回 ※ボトル①と同時	イリリネカン 165mg/m ² オキサリプラチン 85mg/m ² レボホリナート 200mg/m ² フルオウラシル 3200mg/m ²
ボトル① テキサト注(3.3mg) 9.9 mg アロキシ点滴静注バッグ (0.75mg/50mL/袋) 1 袋 ボトル② イリリネカン注 [カンプト] <input type="text"/> mg 5%ブドウ糖液 250 mL ボトル③ レボホリナート注 <input type="text"/> mg 5%ブドウ糖液 250 mL ボトル④ オキサリプラチン注 [エルプラット] <input type="text"/> 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 フルオウラシル注 <input type="text"/> mg 生食液 (100mL) 105 mL ※フルオウラシル+N/S=105mLに設定 (パクスターインフューザー-SV2.5使用) 2.5mL/hr			
【注意】 48時間投与のため、ボトル⑤の総量は105mLです。			
1Kur目 2Kur目 Day 1 15 CPT-11 ↓ ↓ オキサリプラチン ↓ ↓ フルオウラシル ↓ ↓			

Day 2 & 3【2日間】 イメンドCap (80mg) 1Cap/回 ※午前中に投与すること
 Day 2 & 3【2日間】 テキサト錠(4mg) 2錠/2x(朝・昼食後)

注意事項など	確認者	監査者