

ID:	=患者情報!B1			(FOLFIRI + ラムシルマブ) 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					
備考									

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

身長		cm	体重		kg	体表積	0.00	m ²	P S	告知の有無	
----	--	----	----	--	----	-----	------	----------------	-----	-------	--

CPT-11の通常用量は150mg/m²です。
 180mg/m²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 type="checkbox"/> A	同意書取得↓	<input type="checkbox"/> 済
	<input type="checkbox"/> B		
	<input type="checkbox"/> 対象外		

サイラムザ注は当院**未採用**薬のため、「**緊急医薬品使用届**」の提出が別途必要です。 済

休薬・減量・中止	副作用	処置
高血圧	症候性のグレード2、又はグレード3以上	降圧剤による治療を行い、血圧がコントロールできるようになるまで休薬 降圧剤による治療を行ってもコントロールできない場合には投与中止
蛋白尿	1日尿蛋白量2g以上	初回発現時: 1日尿蛋白量2g未満に低下するまで休薬【再開する場合】→ 6mg/kg に減量 2回目以降の発現時: 1日尿蛋白量2g未満に低下するまで休薬【再開の場合】→ 5mg/kg に減量
	1日尿蛋白量3g以上、又はネフローゼ症候群を発現	投与中止

<p>第1日目</p> <p>レスタミンコワ錠 (10mg) 5錠 (ラムシルマブ投与30分前までに内服)</p> <p>ボトル①</p> <p>テキサト注(3.3mg) 6.6 mg</p> <p>アロキシ点滴静注パック (0.75mg/50mL/袋) 1 袋</p> <p>ボトル②</p> <p>ラムシルマブ注 [サイラムザ] <input type="text"/> mg</p> <p>生食液 250 mL</p> <p>ボトル③</p> <p>生食液 100 mL</p> <p>ボトル④</p> <p>レホホリナト注 <input type="text"/> mg</p> <p>5%ブドウ糖液 250 mL</p> <p>ボトル⑦</p> <p>フルオロウラシル注 <input type="text"/> mg</p> <p>生食液(100mL) 100 mL</p> <p>※フルオロウラシル+N/S=100mLに設定 (パクスターインフューザー-SV2.5使用) 2.5mL/hr</p>	<p>メインルート (中心静脈)</p> <p>15分</p> <p>60分</p> <p>60分</p> <p>120分</p> <p>15分</p> <p>約46時間</p>	<p>側管 (中心静脈)</p> <p>120分</p> <p>15分</p>	<p>備考欄 投与量</p> <p>ラムシルマブ 8mg/kg</p> <p>イリリテカン 通常: 150mg/m² (消化器内科相談→最大: 180mg/m²)</p> <p>レホホリナト 200mg/m²</p> <p>フルオロウラシル(bolus) 400mg/m²</p> <p>フルオロウラシル 2400~3000mg/m²</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1Kur目</th> <th>2Kur目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Day</td> <td>1</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>ラムシルマブ</td> <td>↓</td> <td>↓</td> </tr> <tr> <td>CPT-11</td> <td>↓</td> <td>↓</td> </tr> <tr> <td>フルオロウラシル</td> <td>↓</td> <td>↓</td> </tr> </tbody> </table> <p>ボトル③はラムシルマブ投与2回目まで必須とする。 (infusion reaction確認のため: 3回目以降は不要)</p> <p>④及び⑥は、同時投与></p> <p>ボトル⑤</p> <p>イリリテカン注 [カナブト] <input type="text"/> mg</p> <p>5%ブドウ糖液 250 mL</p> <p>※ 5-FUはルートを変更すること。</p> <p>ボトル⑥</p> <p>フルオロウラシル注 <input type="text"/> mg</p> <p>5%ブドウ糖液 50 mL</p> <p>⑥は、側管から全開></p>		1Kur目	2Kur目	Day	1	15	ラムシルマブ	↓	↓	CPT-11	↓	↓	フルオロウラシル	↓	↓
	1Kur目	2Kur目																
Day	1	15																
ラムシルマブ	↓	↓																
CPT-11	↓	↓																
フルオロウラシル	↓	↓																

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: ラムシルマブ(サイラムザ注)投与の際は、必ずPVC点滴フリーセット、フィルターを使用して下さい。

Day 2 & 3 テカロン錠(4mg) 2錠/2x(朝・昼食後)

注意事項など

	確認者	監査者