

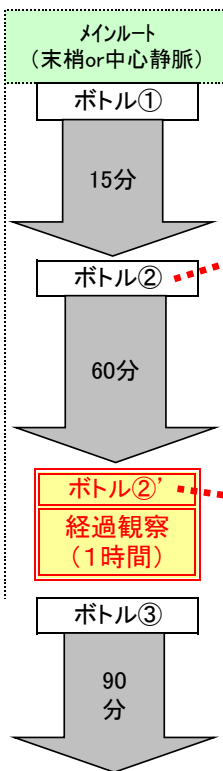
ID:	=患者情報!B1			(パニツムマブ + CPT-11) 療法				施行日	クール		
患者氏名	=患者情報!B2		殿								
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	入院/外来	提出日	年	月	日			
疾患名					施行予定日	年	月	日			
クール	2週毎				診療科						
	備考	RAS (KRAS及びNRAS) 遺伝子変異の有無を考慮した上で、適応患者の選択を行うこと			申請医師名						
重要	B型肝炎の再活性化 (de novo B型肝炎) 対策として、右記の検査が未実施の場合は、全例スクリーニング対象となります。化学療法開始前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				身長		cm	体重		kg	体表面积
		<input checked="" type="checkbox"/> KRAS遺伝子野生型のみ									
薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算		<input checked="" type="checkbox"/> A					
パニツムマブ 6	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/body	CPT-11 150	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body			<input type="checkbox"/> B					
						<input type="checkbox"/> 対象外					

レスタミンコウ錠 (10mg) 5錠 (パニツムマブ投与30分前までに内服)
ボトル① デキサト注 (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 [ベクテイボックス] mg 生食液 100 mL
--

ボトル②' (初回のみ) 生食液 (100) 100 mL

ボトル③ イリテカン注 [カンプト] mg 5%ブドウ糖液 250 mL
--



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)

Day 2 & 3 テカドロン錠 (4mg) 2錠/2x (朝・昼食後)

	1Kur目	2Kur目	確認者	監査者
Day	1	15		
パニツムマブ	↓	↓		
CPT-11	↓	↓		

注意事項など