

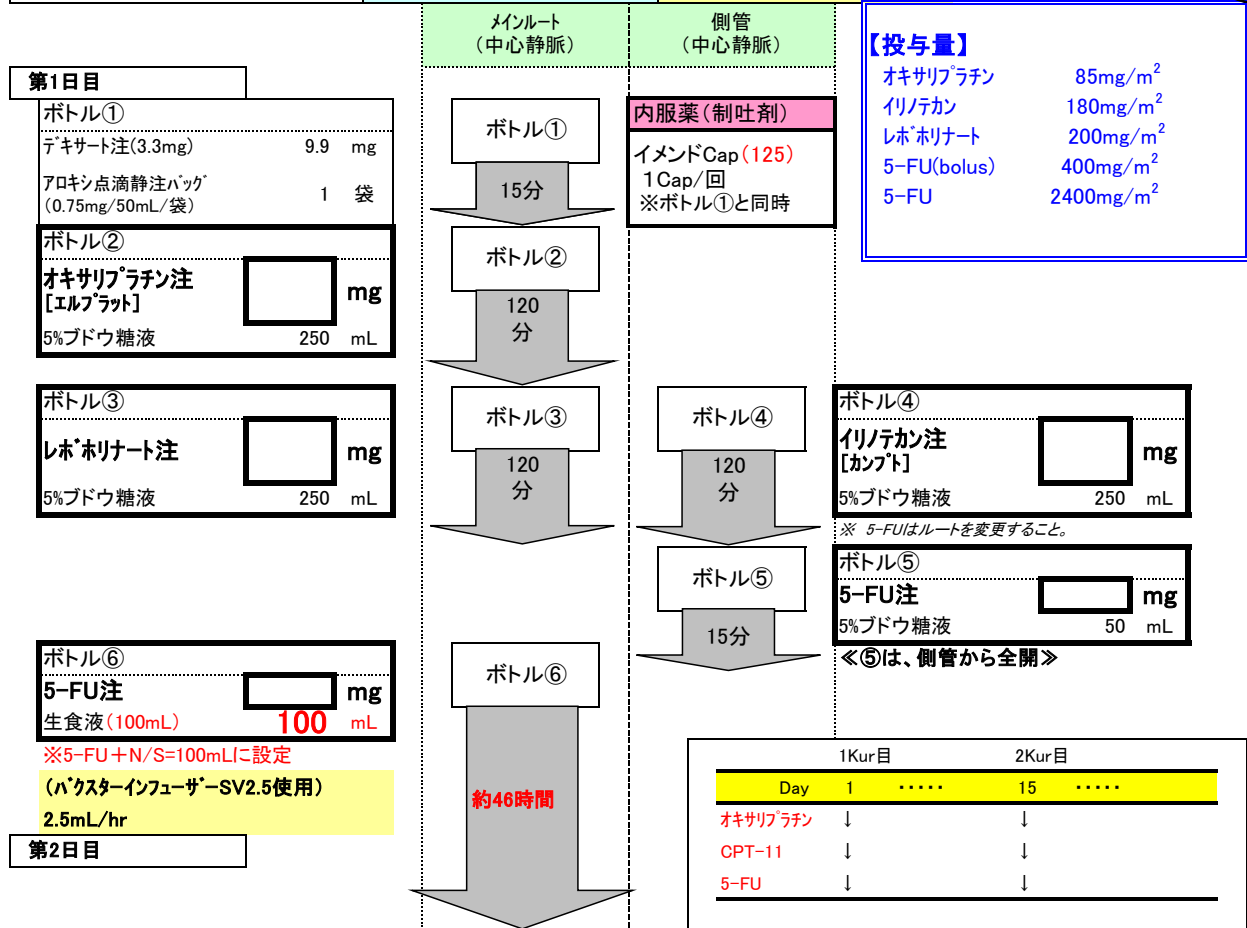
ID:	=患者情報!B1			(FOLFIRINOX) 療法				施行日	クール		
患者氏名	=患者情報!B2		殿					入院/外来	入力日	年	月
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	開始日	年	月	日				
疾患名					診療科						
クール	2週毎				医師名						
注意事項	適応: 治癒切除不能な肺癌										

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	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	× 1,500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
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	



Day 2 & 3[2日間] イメド[®]Cap(80mg) 1Cap/回 ※午前中に投与すること
Day 2 & 3[2日間] 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