

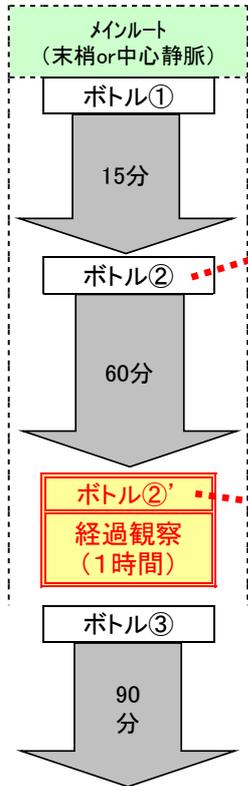
ID:	=患者情報!B1			( <b>パニツムマブ + CPT-11</b> ) 療法				施行日	クール		
患者氏名	=患者情報!B2		殿					入院/外来	提出日	年	月
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	疾患名	施行予定日	年	月	日			
クール	2週毎			診療科							
備考	RAS (KRAS及びNRAS) 遺伝子変異の有無を考慮した上で、適応患者の選択を行うこと			申請医師名							
<b>重要</b>	B型肝炎の再活性化 (de novo B型肝炎) 対策として、右記の検査が未実施の場合は、全例スクリーニング対象となります。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	体表積	0.00	m <sup>2</sup>	
<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 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外					
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 <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body								

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 [ベクティビックス]	mg
生食液	100 mL

ボトル②' (初回のみ)	
生食液 (100)	100 mL

ボトル③	
イリナテカン注 [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)

	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