

ID:	=患者情報!B1			( UFT + ユーゼル + BV ) 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		入力日	年	月	日
疾患名	切除不能進行再発大腸癌				開始日	年	月	日	
クール	3	週	投与	1	週	休薬	診療科		
	備考	UFT : 3週投与1週休薬 ユーゼル : 3週投与1週休薬 ペバシズマブ : day1.day15				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 <input checked="" type="checkbox"/> 腫瘍進行が緩徐と判断される場合 または重篤な有害事象の発生を好まない場合								

<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。							<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 <sup>2</sup>	告知の有無		外来 化療 加算
薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	P	S			<input checked="" type="checkbox"/> A	
UFT	300	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body	ユーゼル	75	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	ペバシズマブ	5	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/kg	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外

## レジメン内容

順番	医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール
経口	ユーエフティー(UFT)	mg/3x	P.O 食事の前後1時間を避けて内服	1回 mg
経口	ユーゼル錠(25mg) [ロイコホリンCa]	75 mg/3x	P.O 食事の前後1時間を避けて内服	1回 25 mg

ユーゼル錠は、UFTと同時に経口投与する。  
※食事の前後1時間を避けて内服する。

①	ペバシズマブ注 [ペバシズマブ(後続品)]	mg	D.I.V	初回 90分 2回目以降 30分 ※問題なければ時間短縮
	生食液(100mL)	100mL		

### 注意事項など

併用禁忌・・・TS-1 (TS-1投与中及び中止後7日以内は投与しないこと)

	1Kur目	1-②	2Kur目	2-②	確認者	監査者
Day	1	..... 15	..... 21 22	..... 28 29		
ユーエフティー	↓	..... ↓	休薬	↓		
ユーゼル	↓	..... ↓	休薬	↓		
ペバシズマブ	↓	↓		↓		