

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	月	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																				
				外来化療加算	P S	告知の有無																					
GPT-11の通常用量は150mg/m ² です。180mg/m ² 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。				<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外	同意書取得↓	<input type="checkbox"/> 済																					
休業・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【再開の場合】→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																								
第1日目				メインポート (中心静脈)	側管 (中心静脈)	備考欄 投与量																					
レスタミンコーワ錠(10mg) 5錠 (ラムシルマブ投与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 ラムシルマブ注 [サイラムザ] <input type="text"/> mg 生食液 250 mL ボトル③ 生食液 100 mL ボトル④ レボホリナート注 <input type="text"/> mg 5%ブドウ糖液 250 mL ボトル⑦ フルオロウラシル注 <input type="text"/> mg 生食液(100mL) 100 mL ※フルオロウラシル+N/S=100mLに設定 (ハクスターインフューザー-SV2.5使用)2.5mL/hr		ボトル① ↓ 15分 ボトル② ↓ 60分 ボトル③ ↓ 60分 ボトル④ ↓ 120分 ボトル⑦ ↓ 約46時間		ボトル⑤ ↓ 120分 ボトル⑥ ↓ 15分		ラムシルマブ 8mg/kg イリリテカン 通常:150mg/m ² (消化器内科相談→最大:180mg/m ²) レボホリナート 200mg/m ² フルオロウラシル(bolus) 400mg/m ² フルオロウラシル 2400~3000mg/m ²																					
				1Kur目 2Kur目 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Day</th> <th>1</th> <th>.....</th> <th>15</th> <th>.....</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ラムシルマブ</td> <td>↓</td> <td></td> <td>↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CPT-11</td> <td>↓</td> <td></td> <td>↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フルオロウラシル</td> <td>↓</td> <td></td> <td>↓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Day	1	15	ラムシルマブ	↓		↓		CPT-11	↓		↓		フルオロウラシル	↓		↓	
Day	1	15																							
ラムシルマブ	↓		↓																								
CPT-11	↓		↓																								
フルオロウラシル	↓		↓																								
				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)																							
				<<④及び⑤は、同時投与>> ボトル⑤ イリリテカン注 [カンプト] <input type="text"/> mg 5%ブドウ糖液 250 mL ※ 5-FUはルートを変更すること。 ボトル⑥ フルオロウラシル注 <input type="text"/> mg 5%ブドウ糖液 50 mL <<⑥は、側管から全開>>																							
第2日目																											
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(サイラムサ注)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。																											
注意事項など						確認者	監査者																				