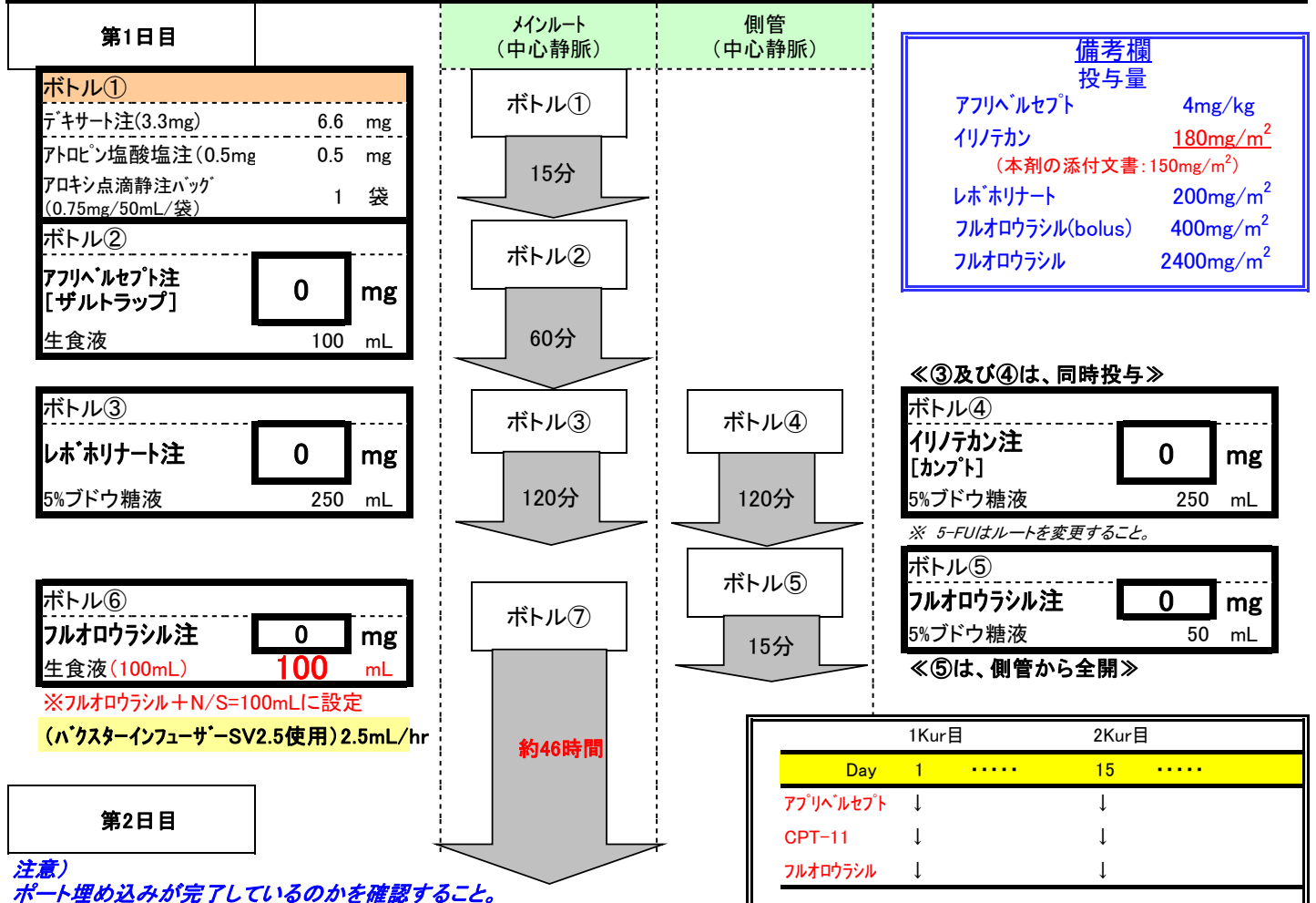


|       |                     |          |          |                           |     |   |   |       |     |   |   |
|-------|---------------------|----------|----------|---------------------------|-----|---|---|-------|-----|---|---|
| ID:   | =患者情報!B1            |          |          | ( FOLFIRI + アフリベルセプト ) 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 |                           |     |   |   |       |     |   |   |
| 疾患名   | 治療切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌 |          |          | 開始日                       | 年   | 月 | 日 |       |     |   |   |
| クール   | 2週毎                 |          |          | 診療科                       |     |   |   |       |     |   |   |
|       | 備考                  |          |          |                           | 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。  
 HBs抗原  
 HBs抗体  
 HBc抗体  
 ※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。

|   |    |    |    |      |                |  |                            |
|---|----|----|----|------|----------------|--|----------------------------|
| 身長  | cm | 体重 | kg | 体表面積 | m <sup>2</sup> | P S  | 告知の有無                      |
| 臨床試験においては、CPT-11の投与量は180mg/m <sup>2</sup> ですが、通常用量は150mg/m <sup>2</sup> です。の用量設定を行う場合は、UGT1A1遺伝子多型の検査をご検討下さい。 |    |    |    |      |                | 外来化療加算   | 同意書取得↓                     |
|   |    |    |    |      |                | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> B<br><input type="checkbox"/> 対象外 | <input type="checkbox"/> 済 |

**ザルトラップ注**は当院**未採用**薬のため、「**緊急医薬品使用届**」の提出が別途必要です。  済



**アフリベルセプト(ザルトラップ注)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 |
|        |     |     |