

ID:	=患者情報!B1			(ゾルベツキシマブ +CAPOX) 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					年	月	日																																																		
疾患名	CLDN18.2陽性かつHER2陰性の 切除不能な進行・再発の胃癌					開始日		年	月	日																																																		
クール	カペシタシン :2週投与1週休薬 ゾルベツキシマブ、L-OHP:3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。 ※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。							☐ HBs抗原 ☐ HBs抗体 ☐ HBe抗体																																																				
	適応基準	☒ 1st Line ☐ 2nd Line ☐ 3rd Line以降 ☐ 術前 ☐ 術後補助 ☒ 進行 ☒ 再発 ☒ CLDN18.2陽性かつHER2陰性			告知の有無		P S		同意書取得	☐ 済																																																		
				身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00 m ²																																																	
薬品名		単位	薬品名	単位	薬品名		単位	外来 化療 加算	☒ A ☐ B ☐ 対象外		CV ポート 留置	☐ 済 ☐ 予定																																																
ゾルベツキシマブ 初回800 2回目以降600		☒ mg/m ² ☐ mg/body	カペシタシン2,000 (1回1,000mg/m ²)	☒ mg/m ² ☐ mg/body	オキサリプラチン130 (L-OHP)		☒ mg/m ² ☐ mg/body																																																					
ビロイ点滴静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。																																																												
レジメン内容																																																												
順番	医薬品名			投与量		投与部位(メイン)		投与スケジュール																																																				
経口	ゼローダ錠 (300mg) [カペシタシン]			mg/2x		P.O		朝			mg																																																	
								夕			mg																																																	
								2週投与1週休薬																																																				
①	レスタミンコウ錠 (10mg)			5錠		P.O		ゾルベツキシマブ 投与30分前までに 内服																																																				
②	デキサト注 (3.3mg)			3.3mg		D.I.V		30分																																																				
	アロキシ点滴静注バッグ (0.75mg/50mL/袋)			1袋																																																								
	アロリス点滴静注用235mg			1瓶																																																								
③	ゾルベツキシマブ注【ビロイ注】				mg	D.I.V		下記参考																																																				
	↓初回のみ2本のバッグに分ける↓ (投与量によっては生食500mLのバッグに入りきらない場合があるため)																																																											
	初回	ゾルベツキシマブ注【ビロイ注】			0	mg	×2セット D.I.V		忍容性が良好な場合、 投与開始30分以降は徐々に 速度調整可能 ※別紙参考※																																																			
		注射用水 (20mL) ※ゾルベツキシマブ溶解用※			1~4A																																																							
		生食液 (500mL) ★			0 mL																																																							
④	ゾルベツキシマブ注【ビロイ注】				mg	D.I.V		忍容性が良好な場合、 投与開始30分以降は徐々に 速度調整可能 ※別紙参考※																																																				
	注射用水 (20mL) ※ゾルベツキシマブ溶解用※			1~4A																																																								
	生食液 (500mL) ★			0 mL																																																								
★希釈後(ゾルベツキシマブ溶解液+生食)の濃度が2.0mg/mLになるよう調整																																																												
④	オキサリプラチン注 [エルプラット]				mg	D.I.V		2時間 血管痛の状態に 合わせて延長可																																																				
	デキサト注 (3.3mg)			3.3mg		[デキサト注は血管痛予防 目的でpH調整のため混注]																																																						
	5%ブドウ糖液 ※末梢静脈と中心静脈の場合で用量変更あり			☐ 500mL (末梢静脈投与の場合) ☐ 250mL (中心静脈投与の場合)																																																								
注意事項など																																																												
内服・外用処方にて手足症候群予防対策をお願いします。 (1) ビドキサル錠 (10) 3~6錠/日 , (2) 保湿剤 (ヒルドイドなど)																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">1Kur目</th> <th colspan="5">2Kur目</th> <th rowspan="2">確認者</th> <th rowspan="2">監査者</th> </tr> <tr> <th>Day</th> <th>1</th> <th>.....</th> <th>14 15</th> <th>....</th> <th>22</th> <th>.....</th> <th>35 36</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>カペシタシン</td> <td>↓</td> <td>.....</td> <td>↓</td> <td></td> <td>↓</td> <td>.....</td> <td>↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ゾルベツキシマブ</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>オキサリプラチン</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													1Kur目					2Kur目					確認者	監査者	Day	1		14 15		22		35 36		カペシタシン	↓		↓		↓		↓		ゾルベツキシマブ	↓				↓				オキサリプラチン	↓				↓			
1Kur目					2Kur目					確認者	監査者																																																	
Day	1		14 15		22		35 36																																																					
カペシタシン	↓		↓		↓		↓																																																					
ゾルベツキシマブ	↓				↓																																																							
オキサリプラチン	↓				↓																																																							

【ビロイ+CAPOX療法】

※※ビロイ点滴静注 投与速度：忍容性があれば30～60分毎にstep up可能※※

Grade2以上の悪心・嘔吐が発現した場合：Grade1以下に回復するまで投与を中断し、
回復後、減速して投与再開可能

	投与開始後60分	以降、30分毎にstep up可能		
投与量	step1	step2	step3	(最大)
800mg～	50mL/h	100mL/h	150mL/h	200mL/h
900mg～	60mL/h	120mL/h	180mL/h	240mL/h
1000mg～				
1100mg～	70mL/h	140mL/h	210mL/h	280mL/h
1200mg～				
1300mg～	80mL/h	160mL/h	240mL/h	340mL/h
1400mg～				
1500mg～	90mL/h	180mL/h	270mL/h	380mL/h
1600mg以上	100mL/h	200mL/h	300mL/h	400mL/h

★安定性について

室温で希釈後6時間以内に投与を完了すること

やむを得ず希釈した瓶を保存する場合は、2～8℃で保存し、希釈後24時間以内に使用すること

2024年7月 薬剤部作成
2024年11月 改訂
(化学療法委員会承認済み)