

癌化学療法 実施計画書

(ルマケラス+ベクティビックス
[ソトラシブ+パニツムマブ]) 療法

| 施行日 | クール |
|-----|-----|
| | |

| | | | | | | | | |
|-------|--|-----|--|---|--|---|--|---|
| 入院/外来 | | 提出日 | | 年 | | 月 | | 日 |
|-------|--|-----|--|---|--|---|--|---|

| | | | | | | | | | | |
|-----|--------------------------------------|--------|-----------|-----------|--|---|--|---|--|---|
| 疾患名 | KRAS G12C変異陽性の 切除不能な進行・再発の結腸・直腸がん | | | 施行 予定日 | | 年 | | 月 | | 日 |
| クール | ルマケラス [ソトラシブ] | 連日投与 | 診療科 | | | | | | | |
| | ベクティビックス [パニツムマブ] | 2週間隔投与 | 申請 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。 | | | | | | | <input type="checkbox"/> HBs抗原 |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> HBs抗体 |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> HBc抗体 | |

| | | | | | | | | | |
|----------|---|-----------|--|----|----|-----------|----------------------------|------|------|
| 適応 基準 | <input 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 | 体表面積 | 0.00 |

ルマケラス錠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。

| | | | | |
|----------|---|--|----------------|--|
| 薬品名 | 単位 | | 外来 化療 加算 | <input checked="" type="checkbox"/> A |
| パニツムマブ 6 | <input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/body | | | <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外 |

レジメン内容

該当する内容に を入れて下さい。

| | | | | | |
|--------------------------|-----------|-------------------|-------|----------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 通常 量 | ルマケラス錠 [ソトラシブ] | 1日 1回 | 1回 960mg | 1回量 120mg × 8錠 |
| <input type="checkbox"/> | 1段階 減量 | ルマケラス錠 [ソトラシブ] | 1日 1回 | 1回 480mg | 1回量 120mg × 4錠 |
| <input type="checkbox"/> | 2段階 減量 | ルマケラス錠 [ソトラシブ] | 1日 1回 | 1回 240mg | 1回量 120mg × 2錠 |

ルマケラス錠の初回服用はベクティビックス投与後に服用開始してください。

第1日目

| | |
|---|--|
| 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 | |
| デキサート注 (3.3mg) 6.6 mg | |
| 生食液 50 mL | |

↓ 15分

| | |
|---|--|
| ボトル② | |
| パニツムマブ [ベクティビックス] <input type="text"/> mg | |
| 生食液 100 mL | |

↓ 60分

| | |
|------------------|--|
| ボトル②' (初回のみ) | |
| 生食液 (100) 100 mL | |

↓ 経過観察 (1時間)

ボトル②' は初回のみ
(infusion reaction確認のため: 2回目以降は不要)

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

| | | | |
|----------|----------|-----|-----|
| 1Kur目 | 2Kur目 | 確認者 | 鑑査者 |
| Day 1 | 15 | | |
| ソトラシブ ↓ | ↓ (連日服用) | | |
| パニツムマブ ↓ | ↓ | | |

注意事項など