患者ID：　　プロトコール名：TAS-102 ＋ BV　　投与歴：　初回 ・ 継続

患者氏名：　　投与開始日：平成　年　月　日　　前回投与日：平成　年　月　日

生年月日：

身長：　cm　　体重：　kg

体表面積：　㎡

確認印	プロトコール	書記	薬局 確認印	看護師 確認印	医師 確認印

メインボトル	薬剤名	1回量	規格・計量	回数→ 投与速度	日	日	日	日	日	日	日	日
① ポート開通確認用 生理食塩液10mlシリンジ：1本												
③ 生食100ml	ｱﾊﾞｽﾁﾝ (5mg/kg)	mg	100mg/4ml：（　　） 400mg/16ml：（　　）	初回90分 以降60～30分								
④ 生食20ml（アバスチンラインのフラッシュ												
経口：TAS-102	ロンサーフ (35mg/㎡/回、朝夕)	mg/日	ﾛﾝｻｰﾌ(15)： ﾛﾝｻｰﾌ(20)：	5日間服用　2日間 14日間休薬								

【処方（院内処置算定）】	下記該当欄にチェック							
・自己抜針用生理食塩液10mlシリンジ：1本								
・ｲﾒﾝﾄﾞｶﾌﾟｾﾙ125mg：1ｶﾌﾟｾﾙ（ポート開通確認と同時に服用）								
・								
・								

【院外処方（化学療法のﾚｼﾞﾒﾝとして含む薬剤）】	下記該当欄にチェック							
・ｲﾒﾝﾄﾞｶﾌﾟｾﾙ80mg：1-0-0（Day②③朝食後）								
・ﾃﾞｶﾄﾞﾛﾝ錠0.5mg：6-2-0（Day②③）（※ｲﾒﾝﾄﾞ服用時は1/2量で）								
・ｳﾙｿ/炭酸水素Na：								
・								

【自宅での副作用対応】	下記該当欄にチェック							
・（投与～24時間以内の下痢時）ｺﾘｵﾊﾟﾝ5mgｶﾌﾟｾﾙ：2ｶﾌﾟｾﾙを頓服								
・（下痢時）ﾛﾍﾟﾐﾝ1mgｶﾌﾟｾﾙ：1-0-1を服用								
・（発熱時）：								
・（嘔気時）：								
・								
・								

【適応基準】
1. 切除不能・進行再発大腸がん
2. PS 0～2
3. 以下の骨髄・肝・腎機能を有する症例
   白血球数：3,000～12,000/㎜ 、ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ：9.0以上、血小板数：100,000/㎜ 以上、
   総ビリルビン：1.5mg/dL以下、AST/ALT：100U/L以下、
   血清クレアチニン：1.5mg/dl未満
4. フルオロウラシル、オキサリプラチン、イリノテカン、抗VEGF抗体薬、抗EGFR抗体薬に不応または不耐
5. レゴラフェニブおよびTAS-102の治療暦がない

【適応基準（高齢者の場合）】
1. 75歳以上は除外
2. 前治療の多い3rd lineは施行しない
3. 70～74歳：症例ごとに検討
4. 前治療での副作用が許容されている（参考にする）
5. PS 0
6. 前治療の減量、治療延期が許容内

【アバスチン適応基準】
※消化管穿孔、重度の出血、動脈血栓、
高血圧性脳症/クリーゼ発症例には再投与不可

・高血圧：コントロール可能になるまで休薬
・尿蛋白：1+（0.15g～1.0g/24hr）に回復するまで休薬
※ネフローゼは投与中止

標準スケジュール		Day 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	・	・・・	28	Day 1
アバスチン	5mg/kg	↑														↑				
ロンサーフ	35mg/㎡	↑	↑	↑	↑	↑	休	休	↑	↑	↑	↑	↑	休	休					

【投与基準】　※下記投与基準を満たすまで投与延期　★投与基準不適合項目にチェック

	日	日	日	日	日	日	日	日
好中球数：1,500/mm3以上								
ヘモグロビン：8.0g/dL以上								
血小板数：75000/mm3以上								
AST/ALT:100U/L以下								
総ビリルビン：1.5mg/dL以下								
血清クレアチニン：1.5mg/dL以下								
末梢神経障害：グレード2以下								
非血液毒性（食欲低下と下痢を除く）がGrade1以下								

＜備考＞

【休薬基準】　※上記投与基準を満たすまで休薬　★投与基準不適合項目にチェック

	日	日	日	日	日	日	日	日
好中球数：1,000/mm3未満								
ヘモグロビン：7.0g/dL未満								
血小板数：50000/mm3未満								
AST/ALT:100U/L以上								
総ビリルビン：2.0mg/dL以上								
血清クレアチニン：1.5mg/dL以上								
末梢神経障害：グレード3以上								
非血液毒性（食欲低下と下痢を除く）がGrade3以上以下								

＜備考＞

【減量基準】

好中球数：1,000/mm3未満	10mg/day単位で減量
血小板数：50000/mm3未満	※最低投与量は30mg/day

確認印	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査

確認印	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査