

患者ID: _____ プロトコル名: FOLFIRI+C-mab 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	確認印	プロトコル	書記	薬局	看護師	医師
					確認印	確認印	確認印

回数→	メインボトル	薬剤名	1回量	規格・計量	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												
②	生食100ml	ガスター	20 mg	20mgアンプル: 1A	30分								
		テカロン	8 mg	8mgバイアル: (1v)									
		ボラミン	5 mg	5mgアンプル: 1A									
③	生食希釈 (総量500ml)	アービタックス (400mg/m ²)	mg	100mgバイアル: (v)	120分								
③	生食希釈 (総量250ml)	アービタックス (250mg/m ²)	mg	100mgバイアル: (v)	60分								
④	生食50ml	※ラインフラッシュ(経過観察1時間の間に滴下)											
⑤	5%ブドウ糖100ml	グラニセトロンシリンジ (アロキシ静注)	3 mg	3mgシリンジ: 1本	15分								
		ブスコパン	0.75 mg	(0.75mgバイアル: 1v)									
⑥	5%ブドウ糖250ml	カンプト (150mg/m ²)	mg	100mgバイアル: ()	(同時に) 2時間								
				40mgバイアル: ()									
⑥'	5%ブドウ糖250ml	レボホリナート (200mg/m ²)	mg	100mgバイアル: ()									
				50mgバイアル: ()									
				25mgバイアル: ()									
⑦	5%ブドウ糖50ml	5FU (400mg/m ²)	mg	250mgアンプル: ()	全開								
⑧	生食50ml	ラインフラッシュ用											
⑨	インヒュージョンポンプ	5FU (2400mg/m ²)	mg	250mgアンプル: ()	46時間								
		※生食希釈	ml	1000mgバイアル: ()		生食200ml: 1ボトル							

【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	
・イメントカプセル125mg: 1カプセル(ポート開通確認と同時に服用)	
・	
・	
【院外処方(化学療法のレジメンとして含む薬剤)】	下記該当欄にチェック
・ウルソ/炭酸水素Na:	
・イメントカプセル80mg: 1-0-0(Day②③朝食後)	
・テカロン錠0.5mg: 6-2-0(Day②③)(※イメント服用時は1/2量で)	
・	
【自宅での副作用対応】	下記該当欄にチェック
・(下痢時)ロペミン1mgカプセル: 1-0-1を服用	
・(発熱時):	
・	

【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: 4,000~12,000/mm³、ヘモグロビン: 9.0以上、血小板数: 100,000/mm³以上、
総ビリルビン: 1.8mg/dL以下、AST/ALT: 100U/L以下、
クレアチニンクリアランス: 60ml/min以上

【適応基準(高齢者の場合)】

1. 75歳以上は除外
- 2.
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 0~1
6. 前治療の減量、治療延期が許容内

【EGFR・Kras・UGT1A1の状態に応じて考慮】

- ・EGFR:
- ・K-Ras:
- ・UGT1A1:

標準スケジュール	Day	1 . 8 . 15 . 22 ... 28							1... 8 15 . 22 ... 28						
		1	8	15	22	28	1	8	15	22	28				
アービタックス	初回(400mg/m ²) 2回目以降: 250mg/m ²	↑	↑	↑	↑		↑	↑	↑	↑					
カンプト	150mg/m ²	↑		↑			↑		↑						
レボホリナート	200mg/m ²	↑		↑			↑		↑						
5FU(bolus)	400mg/m ²	↑		↑			↑		↑						
5FU(inf)	2400mg/m ²	→							→						

★投与基準不適合項目にチェック

【投与基準】	日	日	日	日	日	日	日
白血球数: 3,000/mm ³ 以上							
好中球数: 1,500/mm ³ 以上							
血小板数: 100,000/mm ³ 以上							
総ビリルビン: 2.0mg/dL以下							
腸管麻痺、腸閉塞を認めない							
間質性肺炎または肺線維症を認めない							
多量の腹水、胸水を認めない							
水様性下痢を認めない							
感染を疑わせる38℃以上の発熱がない							
非血液毒性(食欲低下と下痢を除く)がGrade2以下							

<備考>

【減量基準】			
白血球(好中球)減少	グレード2	2900~2000 (1490~1000)	回復を確認後、用量変更なし
	グレード3	1900~1000 (990~500)	回復を確認後、20~25%減量
	グレード4	1000未満 (500未満)	投与中止
血小板減少	グレード1・2	99000~50000	回復を確認後、用量変更なし
	グレード3	49000~25000	回復を確認後、20~25%減量
	グレード4	25000未満	投与中止
下痢 (予防策を講じた上で)	グレード1	軟便、軽度の腹痛	回復を確認後、用量変更なし
	グレード2・3	水様便、夜間便、腹痛	回復を確認後、20~25%減量
	グレード4	血性下痢、脱水 電解質異常	投与中止

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
-----	----	----	------	----	----	------	----	----	------