

患者ID: _____ プロトコル名: FOLFIRI +R-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

体表面積: _____ m²

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

メインポトル	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														
② 生食100ml	ガスター	20 mg	20mgアンプル: 1A	15分										
	デカロン	16 mg	8mgバイアル: (2)瓶											
	デカロン	mg	8mgバイアル: ()瓶											
	デカロン	mg	8mgバイアル: ()瓶											
	ホラミン	5 mg	5mgアンプル: 1A											
※デカロン: 12mg以上(順次半減、最低1mgまで減量可)、(参考)初回: 16mg、②~⑧: 8mg、⑨以降: 4mg														
③ 生食 ※全量250ml	サイラムザ (8mg/kg)	mg	100mgバイアル: ()瓶 500mgバイアル: ()瓶	60分 (専用ルート)										
④ 生食50ml	※経過観察(IR出現なければ3コース目からは省略可)			60分/フラッシュ										
⑤ 5%ブドウ糖100ml	プロイメント	150 mg	150mgバイアル: 1v	15分										
	アロキン	0.75 mg	0.75mgバイアル: 1瓶											
	ブスコパン	20 mg	20mgアンプル: 1A											
⑥ 5%ブドウ糖250ml	カンプト (150mg/m ²)	mg	100mgバイアル: () 40mgバイアル: ()	(同時に) 2時間										
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 インヒューションポンプ	5FU (2400mg/m ²)	mg	250mgアンプル: () 1000mgバイアル: ()	46時間										
	※生食希釈	ml	生食200ml: 1ポトル											

【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

・専用ルート(0.22μm以下フィルター付きライン使用)

【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

・デカロン錠0.5mg: 6-2-0(Day②③)(※イメント服用時は1/2量で)

・ウルソ錠/炭酸水素Na/酸化Mg/プリンペラン錠:

【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)コロハパン5mgカプセル: 2カプセルを頓服

・(下痢時)ロヘミン1mgカプセル: 1-0-1を服用

・(発熱時):

・(嘔気時):

【適応基準】

- 切除不能・進行再発大腸がん(2次療法)
- PS 0~2
- 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)】

- 75歳以上は除外
- 前治療の多い3rd lineは施行しない
- 70~74歳: 症例ごとに検討
- 前治療での副作用が許容されている(参考にする)
- PS 0
- 前治療の減量、治療延期が許容内

【サイラムザ適応基準】

※消化管穿孔、重度の出血、動脈血栓、
高血圧性脳症/クレ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: 2+の段階で蛋白定量(尿中蛋白/クレアチン比で代用可)
2g/日未満に低下後に減量して再開
※3g/日以上、ネフローゼは投与中止
2g/日以上の尿蛋白発現1回: 6mg/kg
" 2回以降: 5mg/kg

標準スケジュール	Day	Day																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14				
サイラムザ (8mg/kg)	↑														↑				
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	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								

※上記基準すべてを満たすまで投与延期

【減量基準】

白血球(好中球)減少	グレード	3000未満~2000 (1500未満~1000)	回復を確認後、用量変更なし
		グレード3 (1000未満~500)	回復を確認後、20~25%減量
血小板減少	グレード4 (500未満)	投与中止	
	グレード1・2 (100000未満~50000)	回復を確認後、用量変更なし	
下痢 (予防策を講じた上で)	グレード3 (50000未満~25000)	回復を確認後、20~25%減量	
	グレード4 (25000未満)	投与中止	
	グレード1 (軟便、軽度の腹痛)	回復を確認後、用量変更なし	
下痢 (予防策を講じた上で)	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

<備考>