患者ID：　　プロトコール名：IRIS ＋ 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												
② 5%ブドウ糖100ml	ｸﾞﾗﾆｾﾄﾛﾝｼﾘﾝｼﾞ（ｱﾛｷｼ静注）	3 mg 0.75 mg	3mgｼﾘﾝｼﾞ：1本 （0.75mgﾊﾞｲｱﾙ：1v）	15分								
	ﾃﾞｶﾄﾞﾛﾝ	8 mg	2mgｱﾝﾌﾟﾙ：（　） 8mgﾊﾞｲｱﾙ：（　）									
	ﾌﾟﾛｲﾒﾝﾄﾞ	150 mg	150mgﾊﾞｲｱﾙ：1v									
	ﾌﾞｽｺﾊﾟﾝ	mg	20mgｱﾝﾌﾟﾙ：（　）									
③ 生食100ml	ｱﾊﾞｽﾁﾝ（5mg/kg）（10mg/kg）	mg	100mg/4ml：（　） 400mg/16ml：（　）	初回90分 以降60～30分								
※1stでのBV＝5mg/kg、2ndでのBV＝10mg/kg												
④ 生食20ml（アバスチンラインのフラッシュ												
⑤ 5%ブドウ糖250ml	ｶﾝﾌﾟﾄ（100mg/㎡）	mg	100mgﾊﾞｲｱﾙ：（　） 40mgﾊﾞｲｱﾙ：（　）	2時間								
⑥ 生食50ml												
経口：TS-1	TS-1（80mg/㎡）	mg/日	TS-1(20)： TS-1(25)：	14日間服用 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：4,000～12,000/㎜ 、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：1.8mg/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. 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	・	・	・	8	・	・	14	15	・	・	・	22	・	・	・	28	Day ・	・	・
アバスチン	（5mg-10mg/kg）	↑								↑											
カンプト	100mg/㎡	↑								↑											
TS-1	80mg/㎡	→	→	→	→	→	→	→	→												

【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
白血球数：3,000/mm3以上								
好中球数：1,500/mm3以上								
血小板数：100,000/mm3以上								
AST/ALT:100U/L以下								
総ビリルビン：1.8mg/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
総ビリルビン	グレード2	2.0以上	出現する度にS-1 10mg/回減量 ※減量下限は40mg/回まで
AST/ALT	グレード2	100～200	
	グレード3	200以上	
クレアチニンクリアランス		60未満	
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