

がん薬物療法計画指示書（大腸癌）

主治医（指示医） _____

指示日 年 月 日

レジメン名称 FOLFIRI-2 + Pmab 療法

【1クールの日数 14日】

1. 治療予定期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

・実施クール () クール目

2. 患者情報 診断名 (KRAS 遺伝子野生型の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌)

身長 _____ cm 体重 _____ Kg 体表面積 _____ m²

3. 使用薬剤・投与量

薬剤名	用量	実投与量 (mg)	投与方法	輸液
①ヘクティバックス点滴静注 100mg	6mg/kg	mg	d. i. v.	生食 100mL
②イリノカン塩酸塩点滴静注液 (40mg : 100mg)	150mg/m ²	mg	d. i. v.	5%ブドウ糖 250mL
③レボホリナート点滴静注用 (25mg : 100mg)	200mg/m ²	mg	d. i. v.	5%ブドウ糖 250mL
④フルオウラシル注 (250mg/5mL : 1000mg/20mL)	400mg/m ²	mg	d. i. v.	5%ブドウ糖 50mL
⑤フルオウラシル注 (250mg/5mL : 1000mg/20mL)	2400mg/m ²	mg	cont. d. i. v.	生食 _____ mL

4. 投与レジメン

投与日	投与時間	薬剤	指示受け確認	実施	Dr. 確認	
Day 1 (/)	15min	グラニセトロン点滴静注液 3mg バッグ + デキサート 6.6mg div.				
	1hr	生食 100mL + ヘクティバックス _____ mg div.				
	2hr	5%ブドウ糖 250mL + イリノカン _____ mg	} 並列 div.			
		5%ブドウ糖 250mL + レボホリナート _____ mg				
	全開で	5%ブドウ糖 50mL + フルオウラシル注 _____ mg div.				
※入院で実施する場合	輸液ポンプ使用 3mL/hr で 46hr	フルオウラシル注 _____ mg (_____ mL) + 生食 _____ mL 合計 138mL ※全量 138mL に調製します。				
※外来で実施する場合	インフューサー ポンプ使用 2.5mL/hr で 46hr	フルオウラシル注 _____ mg (_____ mL) + 生食 _____ mL 合計 _____ mL				
CBC・生化学検査は投与日の (前日・当日前)						

※ 入院時または外来時でフルオウラシル注を 46 時間持続静注する場合、上記のレジメンに従ってどちらかを選び入力して下さい。(不要な Rp. は削除して下さい)

※新規患者またはレジメン変更 (抗がん剤の変更・追加) の患者に対して同意書を記載して下さい。