

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 FOLFOXIRI+BV 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. 適応 (進行・再発大腸癌)

3. 使用薬剤・投与量

薬剤名	用量	実投与量	投与方法	輸液
①ペバシズマブ(100mg:400mg)	5mg/kg	mg	d. i. v.	生理食塩液 100mL
②イリノテカン(40mg:100mg)	165mg/m ²	mg	d. i. v.	5%ブドウ糖 250mL
③オキサリプラチン(50mg:100mg)	85mg/m ²	mg	d. i. v.	5%ブドウ糖 250mL
④レボホリナート(25mg:100mg)	200mg/m ²	mg	d. i. v.	5%ブドウ糖 250mL
⑤フルオロウラシル(250mg:1000mg)	3200mg/m ²	mg	cont. d. i. v.	生理食塩液 _____ mL

4. 投与レジメン

投与日	投与時間	薬剤
Day 1	30min	生理食塩液 250mL + プロイメンド 150mg div.
	15min	生理食塩液 50mL + パロノセトロン 0.75mg + デキサート 9.9mg div.
	※90・60・30min	生理食塩液 100mL + ペバシズマブ _____ mg div.
	1hr	5%ブドウ糖 250mL + イリノテカン _____ mg
	2hr	5%ブドウ糖 250mL + オキサリプラチン _____ mg } 並列 div. 5%ブドウ糖 250mL + レボホリナート _____ mg
※入院で実施する場合	輸液ポンプ使用 3mL/hr で 46hr	フルオロウラシル _____ mg (_____ mL) + 生理食塩液 _____ mL 合計 138mL ※全量 138mL に調製します。
※外来で実施する場合	インフューザー ポンプ使用 2.5mL/hr で 46hr	フルオロウラシル _____ mg (_____ mL) + 生理食塩液 _____ mL 合計 _____ mL

※ ただし、ペバシズマブの投与時間は初回投与 90 分間かけて点滴静注して下さい。初回投与時の忍容性が良好であれば、2 回目の投与は 60 分間にすることができ、さらに 2 回目投与時の忍容性も良好であれば、それ以降の投与は 30 分間にすることができます。

※ 入院時または外来時でフルオロウラシルを 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)