

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID  
 生年月日 @PATIENTBIRTH3  
 患者氏名 @PATIENTNAME  
 性別 @PATIENTSEXN  
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

FOLFIRINOX (every 2 weeks)			
		day1	.....day15..
L-OHP(エルプラット)	85mg/m <sup>2</sup>	↓	next
I-LV(レボホリナート)	200mg/m <sup>2</sup>	↓	
CPT-11(イリノテカン)	180mg/m <sup>2</sup>	↓	
5-FU(フルオウラシル)	400mg/m <sup>2</sup> (bolus)	↓	
5-FU(フルオウラシル)	2400mg/m <sup>2</sup> (d.i.v)	↓	

<疾患名>  
 膵がん  
 告知  あり  なし

<前コースの化学療法開始日> 年月日 /  
 <前コースの投与量>  
 エルプラット レボホリナート イリノテカン フルオウラシル(bolus) フルオウラシル(div)  
 mg mg mg mg mg

II. 化学療法実施過程

\* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (ポート開通確認用)	20mL	× 1A
2) デキサート注	3.3mg	× 2A
パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	0.75mg/50mL	× 1B
3) エルプラット	200mg/40mL	× ( )V
エルプラット	100mg/20mL	× ( )V
エルプラット	50mg/10mL	× ( )V
5%ブドウ糖 (メインルートより: 持続点滴: 2時間)	250mL	X1B
4) レボホリナート	100mg	× ( )V
レボホリナート	25mg	× ( )V
生食 (メインルートより: 持続点滴: 2時間)	250mL	X1B
5) イリノテカン	100mg/5mL	× ( )V
イリノテカン	40mg/2mL	× ( )V
生食 (側管より: 持続点滴: 1.5時間 4)投与開始30分後から)	250mL	X1B
6) フルオウラシル	1000mg/20mL	× ( )V
フルオウラシル	250mg/5mL	× ( )V
生食 (側管より: 静注: 5~15分間)	50mL	× 1B
7) フルオウラシル	1000mg/20mL	× ( )V
フルオウラシル	250mg/5mL	× ( )V
生食 (インフューザーポンプより: 持続点滴: 46時間)	100mL	× 1B
8) 生食 (ポート抜去時フラッシュ用)	20mL	× 1A

第1日目

( )

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

III. 化学療法剤投与量算出

<FOLFIRINOX 投与量>  
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)  
 身長( cm) 体重( Kg)  
 体表面積( m<sup>2</sup>)  
 L-OHP(エルプラット)投与量( mg/body)  
 = 85mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)  
 I-LV(レボホリナート)投与量( mg/body)  
 = 200mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)  
 CPT-11(イリノテカン)投与量( mg/body)  
 = 180mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)  
 (bolus) 5-FU(フルオウラシル)投与量( mg/body)  
 = 400mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)  
 (d.i.v)5-FU(フルオウラシル)投与量( mg/body)  
 = 2400mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)

<備考欄>  
 \* 投与経路が複雑なので、ボトルに通し番号をつける  
 \* 5)は4)投与開始30分後から開始  
 \* 7)ポンプ内の生食量は、薬局で院内規定に基づき調製する

主治医

薬剤師

薬剤師

\* Dr. が二重線の枠内を記入して  
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID  
 生年月日 @PATIENTBIRTH3  
 患者氏名 @PATIENTNAME  
 性別 @PATIENTSEXN  
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

GEMプロトコール(every 4 weeks)  
 day1...day8...day15...day29  
 GEM(ゲムシタビン) 1000mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ next in→

＜疾患名＞  
 膵がん  
 胆道がん  
 告知  あり  なし

＜前コースの化学療法開始日＞ 年 月 日 \_\_\_\_\_  
 ＜前コースの投与量＞  
 ゲムシタビン \_\_\_\_\_ mg

II. 化学療法実施過程

\* 投与日当日のチェック事項（記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する）

\_\_\_\_\_

	第1日目	第8日目	第15日目
	( )	( )	( )

薬剤名	規格	数量
1) デキサート	3.3mg/1mL	× 2A
グラネセロン点滴バッグ	3mg/100mL	× 1B
(持続点滴:0.5時間)		
2) ゲムシタビン	1000mg	× ( )V
ゲムシタビン	200mg	× ( )V
生食	100mL	× 1B
(持続点滴:0.5時間)		
3) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴:全開で フラッシュ用)		

III. 化学療法剤投与量算出

＜GEM投与量＞  
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)  
 身長( cm) 体重( Kg)  
 体表面積( m<sup>2</sup>)  
 GEM(ゲムシタビン)投与量( mg/body)  
 = 1000mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)

＜備考欄＞  
 \_\_\_\_\_

主治医	薬剤師	薬剤師

\* Dr. が二重線の枠内を記入して  
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID  
 生年月日 @PATIENTBIRTH3  
 患者氏名 @PATIENTNAME  
 性別 @PATIENTSEXN  
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

nab-PTX+GEMプロトコール(every 4 weeks)				
	day1	day8	day15	day29
nab-PTX(アブラキサン) 125mg/m <sup>2</sup>	↓	↓	↓	next
GEM(ゲムシタビン) 1000mg/m <sup>2</sup>	↓	↓	↓	in→

<疾患名>  
 膵がん  
 告知  あり  なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日 \_\_\_\_\_  
 <前コースの投与量>  
 アブラキサン \_\_\_\_\_ mg      ゲムシタビン \_\_\_\_\_ mg

II. 化学療法実施過程

\* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

\_\_\_\_\_

薬剤名	規格	数量
1) デキサート	3.3mg/1mL	× 2A
グラセトン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL	× 1B
2) アブラキサン	100mg	× ( )V
生食 (持続点滴:0.5時間)	100mL	× 1B
3) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴:全開で フラッシュ用)		
4) ゲムシタビン	1000mg	× ( )V
ゲムシタビン	200mg	× ( )V
生食 (持続点滴:0.5時間)	100mL	× 1B
5) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴:全開で フラッシュ用)		

第1日目	第8日目	第15日目
( )	( )	( )

アブラキサン:  
 1Vあたり20mLの生食で溶解、残りの生食は破棄し、空ボトルに必要採取量を入れる。  
 懸濁液中に不溶物がないか目視で確認する。

III. 化学療法剤投与量算出

< nab-PTX・GEM投与量 >  
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)  
 身長(            cm)      体重(            Kg)  
 体表面積(            m<sup>2</sup>)  
 nab-PTX(アブラキサン)投与量(            mg/body)  
 =125mg/m<sup>2</sup> × 体表面積(            m<sup>2</sup>) × (            %)  
 GEM(ゲムシタビン)投与量(            mg/body)  
 = 1000mg/m<sup>2</sup> × 体表面積(            m<sup>2</sup>) × (            %)

<備考欄>  
 ○アブラキサン  
 ・溶解後に生食で希釈しない  
 ・フィルター付きルートを使用しない  
 ・血液製剤のため、投与時に特定生物由来製剤伝票にシールを貼付する  
 ・特定生物由来製剤のため、同意書必要

主治医	薬剤師	薬剤師

\* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID	@PATIENTID
生年月日	@PATIENTBIRTH3
患者氏名	@PATIENTNAME
性別	@PATIENTSEXN
年齢	@PATIENTAGEFORMATTED

nal-IRI/5-FU/LV プロトコル (every 2 weeks)			
		day1	.....day15
nal-IRI(オニバイド)	70mg/m <sup>2</sup>	↓	next
l-LV(レボホリナート)	200mg/m <sup>2</sup>	↓	→in
5-FU(フルオウラシル)	2400mg/m <sup>2</sup> (d.i.v)	↓	

<疾患名>

膵がん

告知  あり  なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日 /

<前コースの投与量>

オニバイド	レボホリナート	フルオウラシル(div)
mg	mg	mg

II. 化学療法実施過程

\* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

\_\_\_\_\_

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (ポート開通確認用)	20mL	× 1A
2) デキサート注 (持続点滴:0.5時間)	3.3mg パロノセトロン点滴バッグ 0.75mg/50mL	× 2A × 1B
3) オニバイド 生食 (持続点滴:1.5時間)	43mg/10mL 500mL	× ( )V × 1B
4) 生食 (持続点滴:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B
5) レボホリナート 生食 (持続点滴:2時間)	100mg レボホリナート 25mg 250mL	× ( )V × ( )V × 1B
6) フルオウラシル 生食 (インフューザーポンプより:持続点滴:46時間)	1000mg/20mL フルオウラシル 250mg/5mL 100mL	× ( )V × ( )V × 1B
7) 生食 (ポート抜去時フラッシュ用)	20mL	× 1A

\_\_\_\_\_

第1日目

( )

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

UGT1A1\*6もしくはUGT1A1\*28のホモ接合体を有する患者、または、UGT1A1\*6およびUGT1A1\*28のヘテロ接合体を有する患者ではイリノテカンとして1回50mg/m<sup>2</sup>を開始用量とする。尚、忍容性が認められる場合には、イリノテカンとして70mg/m<sup>2</sup>に増量することができる。

オニバイド減量基準の目安:

①開始用量70mg/m<sup>2</sup>の時  
1段階減量: 50mg/m<sup>2</sup>  
2段階減量: 43mg/m<sup>2</sup>

②開始用量50mg/m<sup>2</sup>の時  
1段階減量: 43mg/m<sup>2</sup>  
2段階減量: 35mg/m<sup>2</sup>

III. 化学療法剤投与量算出

<nal-IRI・l-LV・5-FU投与量>

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長( cm) 体重( Kg)

体表面積( m<sup>2</sup>)

nal-IRI(オニバイド)投与量( mg/body)

= 70mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)

l-LV(レボホリナート)投与量( mg/body)

= 200mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)

(d.i.v)5-FU(フルオウラシル)投与量( mg/body)

= 2400mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)

<備考欄>

オニバイド:

- ・インラインフィルターを使用しない。
- ・infusion reaction初回発現時は次回以降の投与速度を2時間以上で投与し、2回目にinfusion reactionを発現した際は、デキサート注3.3mg × 3Aを静注、その後の投与においても前投与としてポラミン注5mg × 1A、デキサート注3.3mg × 3Aを静注し、カロナール錠200mg × 3錠を経口投与する。
- ・下痢対策として柴苓湯連日、重曹(1.8g/日、分3食間)、メトクロプラミド錠(3錠/日、分3)、ウルソデオキシコール酸錠(3錠/日、分3)の内服を必要に応じてday1~4に行う。

\*6) ポンプ内の生食量は、薬局で院内規定に基づき調製する。

主治医

\_\_\_\_\_

薬剤師

\_\_\_\_\_

薬剤師

\_\_\_\_\_

\* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID  
 生年月日 @PATIENTBIRTH3  
 患者氏名 @PATIENTNAME  
 性別 @PATIENTSEXN  
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

ゲムシタビン+S-1療法プロトコル(every 3 weeks)  
 day1...day8...day14...day22  
 GEM(ゲムシタビン) 1000mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ next  
 TS-1(ティーエスワン) 40~60mg/m<sup>2</sup>/回 ← → in→  
 分2 朝・夕食後で内服

<疾患名>  
 膵がん(術前補助療法)  
 告知  あり  なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日 \_\_\_\_\_  
 <前コースの投与量>  
 ゲムシタビン \_\_\_\_\_ mg  
 ティーエスワン \_\_\_\_\_ mg

II. 化学療法実施過程

\* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

薬剤名	規格	数量
1) デキサート	3.3mg/1mL	× 2A
グラネセロン点滴バッグ	3mg/100mL	× 1B
(持続点滴メイン:0.5時間)		
2) ゲムシタビン	1000mg	× ( )V
ゲムシタビン	200mg	× ( )V
生食	100mL	× 1B
(持続点滴メイン:0.5時間)		
3) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴メイン:全開で フラッシュ用)		

第1日目	第8日目
( )	( )

ティーエスワン 20mg X( )錠/日  
 or ティーエスワン 25mg X( )錠/日  
 (分2 朝・夕食後で内服)

第1日~第14日( ~ )まで投薬  
 第15日~第21日( ~ )まで休薬

III. 化学療法剤投与量算出

<GEM・TS-1 投与量>  
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)  
 身長( cm) 体重( Kg)  
 体表面積( m<sup>2</sup>)  
 GEM(ゲムシタビン)投与量( mg/body)  
 = 1000mg/m<sup>2</sup> × 体表面積( m<sup>2</sup>) × ( %)  
 TS-1(ティーエスワン)投与量( mg/body)  
 ~ 1.25m<sup>2</sup>未満 80mg/day  
 1.25m<sup>2</sup>以上 ~ 1.5m<sup>2</sup>未満 100mg/day  
 1.5m<sup>2</sup>以上 ~ 120mg/day  
 (分2 朝・夕食後で内服)

<備考欄>  
 ・本レジメンは投与開始から2コース実施予定。

主治医

薬剤師

薬剤師