

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

[2週毎]:Nivolumab療法(大腸がん)プロトコール(every 2 weeks)

day1.....15
↓
Nivolumab(オプジーボ) 240mg/body
next in→

<疾患名>
大腸がん(MSI-High固形癌)

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>
オプジーボ _____ 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

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴メイン:ルート確保用)	100mL	× 1B
2) オプジーボ 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	240mg/24mL 50mL	× ()V ×1B
3) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B

()

III. 化学療法剤投与量算出

<Nivolumab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(_____ m²)

Nivolumab(オプジーボ)投与量(_____ mg/body)

= 240mg/body × (_____ %)

<備考欄>

- ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
- ・インラインフィルター(0.2~0.22μm)を使用すること。
- JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

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

[4週毎]:Nivolumab療法(大腸がん)プロトコール(every 4 weeks)
 day1.....29
 ↓ next
 Nivolumab(オプジーボ) 480mg/body in→

<疾患名>
大腸がん(MSI-High固形癌)
 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>
 オプジーボ
 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

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴メイン:ルート確保用)	100mL	× 1B
2) オプジーボ 生食 (持続点滴側管:0.5時間)	240mg/24mL 50mL	× ()V X1B
3) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B

[]

[]

[]

[]

III. 化学療法剤投与量算出

<Nivolumab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(m²)
 Nivolumab(オプジーボ)投与量(mg/body)
 =480mg/body × (%)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
 ・インラインフィルター(0.2~0.22μm)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

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

FOLFIRI+サイラムザ(8mg/kg)プロトコール (every 2 weeks)			
		day1	.....day15
RAM(サイラムザ)	8mg/kg	↓	next
CPT-11(イリノテカン)	150mg/m ²	↓	in ↓
I-LV(レボホリナート)	200mg/m ²	↓	
5-FU(フルオウラシル)	400mg/m ² (bolus)	↓	
5-FU(フルオウラシル)	2400mg/m ² (d.i.v)	↓	

<疾患名>

大腸がん(進行・再発)

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>

サイラムザ	イリノテカン	レボホリナート	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)

第1日目

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/1mL	× 2A
ポラミン注	5mg/1mL	× 1A
パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴メイン:0.5時間)	0.75mg/50mL	× 1B
3) サイラムザ	500mg/50mL	× ()V
サイラムザ	100mg/10mL	× ()V
生食 (持続点滴メイン:1時間)	250mL	× 1B(生理食塩液に添加して約250mL)
4) 生食 (持続点滴メイン:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B
5) イリノテカン	100mg/5mL	× ()V
イリノテカン	40mg/2mL	× ()V
生食 (持続点滴側管:2時間)	250mL	× 1B
6) レボホリナート	100mg	× ()V
レボホリナート	25mg	× ()V
生食 (持続点滴メイン:2時間)	250mL	× 1B
7) フルオウラシル	1000mg/20mL	× ()V
フルオウラシル	250mg/5mL	× ()V
生食 (静注メイン:5~15分間)	50mL	× 1B
8) 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:持続点滴メイン:46時間)	100mL	× 1B
9) 生食 (ポート抜去時フラッシュ用)	20mL	× 1A

()

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約250mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

<RAM・CPT-11・I-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(_____ m²)

RAM(サイラムザ)投与量(_____ mg/body)

= 8mg/kg × (_____ %)

CPT-11(イリノテカン)投与量(_____ mg/body)

= 150mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

I-LV(レボホリナート)投与量(_____ mg/body)

= 200mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

(bolus) 5-FU(フルオウラシル)投与量(_____ mg/body)

= 400mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

(d.i.v)5-FU(フルオウラシル)投与量(_____ mg/body)

= 2400mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<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
- * RAM:
 - ・蛋白質透過型のフィルター(0.2又は0.22ミクロン)を使用する。
 - JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 - ・初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与時間は30分間まで短縮できる。
- * 5)6)は同時投与
- * 8)ポンプ内の生食量は、薬局で院内規定に基づき調製

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

FOLFIRI+ザルトラップ(4mg/kg)プロトコール (every 2 weeks)	
	day1 .....day15
afibercept beta(ザルトラップ) 4mg/kg	↓ next
CPT-11(イリノテカン) 150mg/m ²	↓ in ↓
l-LV(レボホリナート) 200mg/m ²	↓
5-FU(フルオウラシル) 400mg/m ² (bolus)	↓
5-FU(フルオウラシル) 2400mg/m ² (d.i.v)	↓

<疾患名>
大腸がん(進行・再発)

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>
 ザルトラップ _____ mg イリノテカン _____ mg レボホリナート _____ mg フルオウラシル(bolus) _____ mg フルオウラシル(div) _____ 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

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/1mL	× 2A
パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴メイン:0.5時間)	0.75mg/50mL	× 1B
3) ザルトラップ	200mg/8mL	× ()V
ザルトラップ	100mg/4mL	× ()V
生食 (持続点滴メイン:1時間)	100mL	X1B
4) イリノテカン	100mg/5mL	× ()V
イリノテカン	40mg/2mL	× ()V
生食 (持続点滴側管:2時間)	250mL	X1B
5) レボホリナート	100mg	× ()V
レボホリナート	25mg	× ()V
生食 (持続点滴メイン:2時間)	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 (静注メイン: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:持続点滴メイン:46時間)	100mL	× 1B
8) 生食 (ポート抜去時フラッシュ用)	20mL	× 1A

()

III. 化学療法剤投与量算出

<afibercept beta・CPT-11・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(_____ m²)

afibercept beta(ザルトラップ)投与量(_____ mg/body)
 = 4mg/kg × (_____ %)

CPT-11(イリノテカン)投与量(_____ mg/body)
 = 150mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

l-LV(レボホリナート)投与量(_____ mg/body)
 = 200mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

(bolus) 5-FU(フルオウラシル)投与量(_____ mg/body)
 = 400mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

(d.i.v)5-FU(フルオウラシル)投与量(_____ mg/body)
 = 2400mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<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

* ザルトラップ: ポリエーテルスルホン製フィルター(0.2ミクロン)を使用する。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

* 4)5)は同時投与

* 7)ポンプ内の生食量は、薬局で院内規定に基づき調製

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

mFOLFOX 6+Bevacizumab(10mg)プロトコール(every 2 weeks)	
	day1 .....day15.....
Bevacizumab(ベバシズマブ) 10mg/kg	↓ next →
L-OHP(エルプラット) 85mg/m ²	↓
I-LV(レボホリナート) 200mg/m ²	↓
5-FU(フルオウラシル) 400mg/m ² (bolus)	↓
5-FU(フルオウラシル) 2400mg/m ² (d.i.v)	↓

<疾患名>
大腸がん

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>
 ベバシズマブ エルプラット レボホリナート 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)

第1日目

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	× 4A
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) ベバシズマブBS	400mg/16mL	× ()V
ベバシズマブBS	100mg/4mL	× ()V
生食 (持続点滴:1.5時間)	100mL	X1B(生理食塩液に添加して約100mL)
4) 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 (側管より:持続点滴:2時間)	250mL	X1B
5) レボホリナート	100mg	× ()V
レボホリナート	25mg	× ()V
5%ブドウ糖 (メインルートより:持続点滴:2時間)	250mL	X1B
6) フルオウラシル	1000mg/20mL	× ()V
フルオウラシル	250mg/5mL	× ()V
5%ブドウ糖 (静注:15分間)	100mL	X1B
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	X1B
8) 生食 (ポート抜去時フラッシュ用)	20mL	× 1A

()

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

<Bevacizumab・L-OHP・I-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(m²)

Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量(_____ mg/body)
 = 10mg/kg × (_____ %)

L-OHP(エルプラット)投与量(_____ mg/body)
 = 85mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

I-LV(レボホリナート)投与量(_____ mg/body)
 = 200mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

(bolus) 5-FU(フルオウラシル)投与量(_____ mg/body)
 = 400mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

(d.i.v)5-FU(フルオウラシル)投与量(_____ mg/body)
 = 2400mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<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

* 3)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。

2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。

* 4)5)は同時投与

* 7)ポンプ内の生食量は、薬局で院内規定に基づき調製

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

mFOLFOX 6プロトコル(every 2 weeks)
 day1day15...
 L-OHP(エルプラット) 85mg/m² ↓ next
 I-LV(レボホリナート) 200mg/m² ↓
 5-FU(フルオウラシル) 400mg/m²(bolus) ↓
 5-FU(フルオウラシル) 2400mg/m²(d.i.v) ↓

<疾患名>
大腸がん
 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 mg レボホリナート mg フルオウラシル(bolus) mg フルオウラシル(div) 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

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	× 4A
パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴メイン: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 (側管より: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
5%ブドウ糖 (メインルートより:持続点滴:2時間)	250mL	X1B
5) フルオロウラシル	1000mg/20mL	× ()V
フルオロウラシル	250mg/5mL	× ()V
5%ブドウ糖 (側管より:静注:5~15分間)	100mL	× 0.5B
6) フルオロウラシル	1000mg/20mL	× ()V
フルオロウラシル	250mg/5mL	× ()V
生食 (インフューザーホンプより:持続点滴メイン:46時間)	100mL	X1B
7) 生食 (ポート除去時フラッシュ用)	20mL	× 1A

()
 ()
 ()
 ()
 ()
 ()
 ()

III. 化学療法剤投与量算出

<L-OHP・I-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(m²)
 L-OHP(エルプラット)投与量(mg/body)
 = 85mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 I-LV(レボホリナート)投与量(mg/body)
 = 200mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 (bolus) 5-FU(フルオウラシル)投与量(mg/body)
 = 400mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 (d.i.v)5-FU(フルオウラシル)投与量(mg/body)
 = 2400mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<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
 * 3)4)は同時投与
 * 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

mFOLFOX 6+Bevacizumab(5mg)プロトコール(every 2 weeks)	
	day1 .....day15.....
Bevacizumab(ベバシズマブ) 5mg/kg	↓ next →
L-OHP(エルプラット) 85mg/m ²	↓
l-LV(レボホリナート) 200mg/m ²	↓
5-FU(フルオロウラシル) 400mg/m ² (bolus)	↓
5-FU(フルオロウラシル) 2400mg/m ² (d.i.v)	↓

<疾患名>
大腸がん

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>
 ベバシズマブ エルプラット レボホリナート フルオロウラシル(bolus) フルオロウラシル(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	× 4A
パロノセトロン点滴バッグ	0.75mg/50mL	× 1B
(持続点滴メイン: 0.5時間)		
3) ベバシズマブBS	400mg/16mL	× ()V
ベバシズマブBS	100mg/4mL	× ()V
生食	100mL	X1B(生理食塩液に添加して約100mL)
(持続点滴メイン: 1.5時間)		
4) 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	250mL	X1B
(側管より: 持続点滴: 2時間)		
5) レボホリナート	100mg	× ()V
レボホリナート	25mg	× ()V
5%ブドウ糖	250mL	X1B
(メインルートより: 持続点滴: 2時間)		
6) フルオロウラシル	1000mg/20mL	× ()V
フルオロウラシル	250mg/5mL	× ()V
5%ブドウ糖	100mL	X1B
(静注メイン: 15分間)		
7) フルオロウラシル	1000mg/20mL	× ()V
フルオロウラシル	250mg/5mL	× ()V
生食	100mL	X1B
(インフューザー-ポンプより: 持続点滴メイン: 46時間)		
8) 生食	20mL	× 1A
(ポート抜去時フラッシュ用)		

第1日目

()

--

--

--

--

--

--

--

--

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

<Bevacizumab・L-OHP・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(m²)

Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量(mg/body)
 = 5mg/kg × (%)

L-OHP(エルプラット)投与量(mg/body)
 = 85mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

l-LV(レボホリナート)投与量(mg/body)
 = 200mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

(bolus) 5-FU(フルオロウラシル)投与量(mg/body)
 = 400mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

(d.i.v)5-FU(フルオロウラシル)投与量(mg/body)
 = 2400mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<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

* 3)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。

2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。

* 4)5)は同時投与

* 7)ポンプ内の生食量は、薬局で院内規定に基づき調製

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

Nivolumab+Ipilimumab療法(大腸がん)プロトコール(every 3 weeks)
 day1 22
 ↓ next
 Nivolumab(オプジーボ) 240mg/body ↓
 Ipilimumab(ヤーボイ) 1mg/kg ↓ in→

<疾患名>
大腸がん(MSI-High固形癌)
 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>
 オプジーボ _____ mg
 ヤーボイ _____ 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

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用)	100mL	× 1B
2) オプジーボ 生食 (持続点滴側管: 0.5時間)	240mg/24mL 50mL	× ()V × 1B
3) 生食 (持続点滴側管: 0.5時間)	50mL	× 1B
4) ヤーボイ ヤーボイ 生食 (持続点滴側管: 0.5時間)	50mg/10mL 20mg/4mL 100mL	× ()V × ()V 30mL
5) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用)	50mL	× 1B

()

III. 化学療法剤投与量算出

<Nivolumab・Ipilimumab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(_____ m²)
 Nivolumab(オプジーボ)投与量(_____ mg/body)
 = 240mg/body × (_____ %)
 Ipilimumab(ヤーボイ)投与量(_____ mg/body)
 = 1mg/kg × (_____ %)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
 (輸液セット)
 ・オプジーボ: インラインフィルター(0.2~0.22μm)を使用すること。
 ・ヤーボイ: 0.2~1.2ミクロンのメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・本レジメンは原則最大4コースまで。
 ・本レジメン終了後Nivolumab療法(大腸がん)へ移行する。

主治医

薬剤師

薬剤師

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

Pembrolizumab療法(大腸がん)プロトコール(every 3 weeks)
 day1 22
 ↓ next in→
 Pembrolizumab(キイトルーダ) 200mg/body

<疾患名>
大腸がん(MSI-High固形癌)
 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>
 キイトルーダ
 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

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用)	100mL	× 1B
2) キイトルーダ	100mg/4mL	× ()V
キイトルーダ	20mg/0.8mL	× ()V
生食 (持続点滴側管: 0.5時間)	100mL	× 1B
3) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B

[]

[]

[]

[]

III. 化学療法剤投与量算出

<Pembrolizumab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(m²)
 Pembrolizumab(キイトルーダ)投与量(_____ mg/body)
 = 200mg/body × (%)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をキイトルーダ投与1時間前に内服する。
 ・インラインフィルター(0.2~5μm)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

主治医

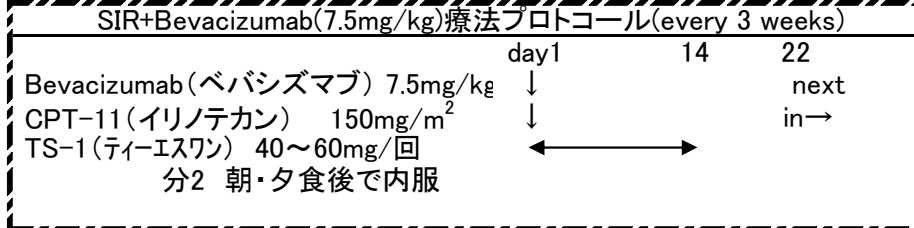
薬剤師

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



<疾患名>
進行・再発 結腸・直腸がん
 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>
 ベバシズマブ mg イリノテカン 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)

[]

[]

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) グラニセロン点滴バッグ	3mg/100mL	X1B
デキサート	3.3mg/mL	X2A
(持続点滴:0.5時間)		
2) ベバシズマブBS	400mg/16mL	×()V
ベバシズマブBS	100mg/4mL	×()V
生食	100mL	X1B(生理食塩液に添加して約100mL)
(持続点滴:1.5時間)		
3) イリノテカン	100mg/5mL	×()V
イリノテカン	40mg/2mL	×()V
生食	500mL	X1B
(持続点滴:1.5時間)		
4) 生食	50mL	X1B
(持続点滴:全開で フラッシュ用)		

[]

[]

[]

[]

[]

必要量を注射筒で
 抜き取り、日局生
 理食塩液に添加し
 て約100mLとする。

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()
 第15日~第21日()
 ~ ~ }まで投薬
 }まで休薬

III. 化学療法剤投与量算出

<Bevacizumab・CPT-11・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(m²)
 Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量(mg/body)
 =7.5mg/kg × () %
 CPT-11(イリノテカン)投与量(mg/body)
 = 150mg/m² × 体表面積(m²) × () %
 TS-1(ティーエスワン)投与量(mg/body)
 ~ 1.25m²未満 80mg/day
 1.25m²以上 ~ 1.5m²未満 100mg/day
 1.5m²以上 ~ 120mg/day
 (分2 朝・夕食後で内服)

<備考欄>
 ・イリノテカンによる便秘は緩下剤(センソシド、酸化Mg、パントシンなど)で対応する。
 ・イリノテカンによる下痢はロペミンで対応する
 * 2)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。
 2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。

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

SIR療法プロトコール(every 3 weeks)

	day1	14	22
CPT-11(イリノテカン) 150mg/m ²	↓		next in→
TS-1(ティーエスワン) 40mg/m ² /回	←	→	
分2 朝・夕食後で内服			

＜疾患名＞
 進行・再発 結腸・直腸がん
 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＞
 イリノテカン _____ 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) グラニセロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL	X1B
2) イリノテカン	100mg/5mL	X()V
イリノテカン	40mg/2mL	X()V
生食	500mL	X1B
(持続点滴:1.5時間)		
3) 生食	50mL	X1B
(持続点滴:全開でフラッシュ用)		

第1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

＜CPT-11・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()m²

CPT-11(イリノテカン)投与量()mg/body
 = 150mg/m² × 体表面積()m² × ()%

TS-1(ティーエスワン)投与量()mg/body

～ 1.25m²未満 80mg/day
 1.25m²以上 ～ 1.5m²未満 100mg/day
 1.5m²以上 ～ 120mg/day
 (分2 朝・夕食後で内服)

＜備考欄＞

- ・イリノテカンによる便秘は緩下剤(PAMG、プルゼニドなど)で対応する。
- ・イリノテカンによる下痢はロペミンで対応する

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

SOX＋Bevacizumab療法プロトコール(every 3 weeks)	
Bevacizumab(ベバシズマブ) 7.5mg/kg	↓ day1..... 14 .....22 next in→
L-OHP(エルプラット) 130mg/m ²	↓
TS-1(ティーエスワン) 40～60mg/回	←→
分2 朝・夕食後で内服	

〈疾患名〉
 進行・再発大腸がん

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〉
 ベバシズマブ _____ mg エルプラット _____ 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) 生食 (ポート開通確認用(ポート使用時用))	20mL	× 1A
2) デキサート注	3.3mg/1mL	× 1A
デキサート注	1.65mg/0.5mL	× 1A
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) ベバシズマブBS	400mg/16mL	× ()V
ベバシズマブBS	100mg/4mL	× ()V
生食 (持続点滴:1.5時間)	100mL	X1B(生理食塩液に添加して約100mL)
4) 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
デキサート注	1.65mg/0.5mL	× 1A
5%ブドウ糖 (持続点滴:2時間)	250mL	X1B
5) 生食 (持続点滴:全開で フラッシュ用(ポート未使用時用))	50mL	X1B
5) 生食 (ポート除去時フラッシュ用(ポート使用時用))	20mL	× 1A

第1日目

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

ティーエスワン 20mg	X(錠)/日	(分2 朝・夕食後で内服)
or ティーエスワン 25mg	X(錠)/日	
第1日夕～第15日朝()	～)	まで投薬
第15日夕～第22日朝()	～)	まで休薬

III. 化学療法剤投与量算出

＜Bevacizumab・L-OHP・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(m²)

Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量(mg/body)

7.5mg/kg × (%)

L-OHP(エルプラット)投与量(mg/body)

=130mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

TS-1(ティーエスワン)投与量(mg/body)

～ 1.25m²未満 80mg/day

1.25m²以上 ～ 1.5m²未満 100mg/day

1.5m²以上 ～ 120mg/day

(分2 朝・夕食後で内服)

＜備考欄＞

* 3)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。

2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。

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

SOX療法(大腸がん)プロトコール(every 3 weeks)
 day1..... 1422
 ↓ next in→
 L-OHP(エルプラット) 130mg/m²
 TS-1(ティーエスワン) 40~60mg/回
 分2 朝・夕食後で内服

<疾患名>
大腸がん(進行・再発)
 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 _____ 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)

第1日目

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (ポート開通確認用(ポート使用時用))	20mL	× 1A
2) デキサート注 デキサート注 パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3.3mg/1mL 1.65mg/0.5mL 0.75mg/50mL	× 1A × 1A × 1B
3) エルプラット エルプラット エルプラット デキサート注 5%ブドウ糖 (持続点滴:2時間)	200mg/40mL 100mg/20mL 50mg/10mL 1.65mg/0.5mL 250mL	×()V ×()V ×()V × 1A × 1B
4) 生食 (持続点滴:全開でフラッシュ用(ポート未使用時用))	50mL	× 1B
4) 生食 (ポート抜去時フラッシュ用(ポート使用時用))	20mL	× 1A

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日夕~第15日朝()まで投薬
 第15日夕~第22日朝()まで休薬

III. 化学療法剤投与量算出

<L-OHP・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(m²)
 L-OHP(エルプラット)投与量(mg/body)
 =130mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 TS-1(ティーエスワン)投与量(mg/body)
 ~ 1.25m²未満 80mg/day
 1.25m²以上 ~ 1.5m²未満 100mg/day
 1.5m²以上 ~ 120mg/day
 (分2 朝・夕食後で内服)

<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

TS-1+Bevacizumab(7.5mg/kg)プロトコール(every 3 weeks)
 day1..... 1422
 Bevacizumab(ベバシズマブ) 7.5mg/kg ↓ next in→
 TS-1(ティーエスワン) 40~60mg/回
 分2 朝・夕食後で内服

<疾患名>
大腸がん(進行・再発)
 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>
 ベバシズマブ 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) 生食 (ポート開通確認用(ポート使用時用))	20mL	× 1A
2) 生食 (持続点滴:ルート確保用)	100mL	X1B
3) ベバシズマブBS	400mg/16mL	× ()V
ベバシズマブBS	100mg/4mL	× ()V
生食 (持続点滴:1.5時間)	100mL X1B(生理食塩液に添加して約100mL)	
4) 生食 (持続点滴:全開でフラッシュ用(ポート未使用時用))	50mL	X1B
4) 生食 (ポート抜去時フラッシュ用(ポート使用時用))	20mL	× 1A

第1日目

()
 ()
 ()

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

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日夕~第15日朝()まで投薬
 第15日夕~第22日朝()まで休薬

III. 化学療法剤投与量算出

<Bevacizumab・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()m²
 Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量()mg/body
 7.5mg/kg × ()%
 TS-1(ティーエスワン)投与量()mg/body
 ~ 1.25m²未満 80mg/day
 1.25m²以上 ~ 1.5m²未満 100mg/day
 1.5m²以上 ~ 120mg/day
 (分2 朝・夕食後で内服)

<備考欄>
 * 3)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。
 2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。

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

IRIS+Bevacizumab(5mg/kg)療法プロトコール(every 4 weeks)

	day1	14	15	29
Bevacizumab(ベバシズマブ) 5mg/kg	↓		↓	next
CPT-11(イリノテカン) 100mg/m ²	↓		↓	next
TS-1(ティーエスワン) 40~60mg/回	←→			in→

分2 朝・夕食後で内服

<疾患名>
 進行・再発 結腸・直腸がん
 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>
 ベバシズマブ _____ mg
 イリノテカン _____ 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)

第1日目

第15日目

薬剤名	規格	数量
1) グラニセトロン点滴パック (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL	X1B
2) ベバシズマブBS ベバシズマブBS 生食 (持続点滴:1.5時間)	400mg/16mL 100mg/4mL 100mL X1B(生理食塩液に添加して約100mL)	x()V x()V X1B
2) イリノテカン イリノテカン 生食 (持続点滴:1.5時間)	100mg/5mL 40mg/2mL 500mL	x()V x()V X1B
3) 生食 (持続点滴:全開でフラッシュ用)	50mL	X1B

()	()

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加し

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()
 第15日~第28日()

~ } まで投薬
 ~ } まで休薬

III. 化学療法剤投与量算出

<Bevacizumab・CPT-11・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()m²

Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量()mg/body
 = 5mg/kg × ()%

CPT-11(イリノテカン)投与量()mg/body
 = 100mg/m² × 体表面積()m² × ()%

TS-1(ティーエスワン)投与量()mg/body

~ 1.25m²未満 80mg/day
 1.25m²以上 ~ 1.5m²未満 100mg/day
 1.5m²以上 ~ 120mg/day
 (分2 朝・夕食後で内服)

<備考欄>

- ・イリノテカンによる便秘は緩下剤(センソシド、酸化Mg、パントシンなど)で対応する。
- ・イリノテカンによる下痢はロペミンで対応する

* 2) は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。

2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。

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

TS-1+CPT-11(IRIS)療法プロトコル(every 4 weeks)

	day1	14	15	29
CPT-11(イリノテカン) 125mg/m ²	↓		↓	next
TS-1(ティーエスワン) 40~60mg/回	←→			in→
分2 朝・夕食後で内服				

<疾患名>
 進行・再発 結腸・直腸がん
 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>
 イリノテカン _____ 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) グラニセロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL	X1B
2) イリノテカン	100mg/5mL	X()V
イリノテカン 生食	40mg/2mL 500mL	X()V X1B
(持続点滴:1.5時間)		
3) 生食	50mL	X1B
(持続点滴:全開でフラッシュ用)		

第1日目 () 第15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28日()まで休薬

III. 化学療法剤投与量算出

<CPT-11・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()m²

CPT-11(イリノテカン)投与量()mg/body
 = 125mg/m² × 体表面積()m² × ()%

TS-1(ティーエスワン)投与量()mg/body

~ 1.25m²未満 80mg/day
 1.25m²以上 ~ 1.5m²未満 100mg/day
 1.5m²以上 ~ 120mg/day
 (分2 朝・夕食後で内服)

<備考欄>

- ・イリノテカンによる便秘は緩下剤(PAMG、プルゼニドなど)で対応する。
- ・イリノテカンによる下痢はロペミンで対応する

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

XELIRI+Bevacizumab(7.5mg/kg)プロトコール(every 3 weeks)
 day1.....14.....22
 Bevacizumab(ベバシズマブ) 7.5mg/kg ↓ next
 CPT-11(イリノテカン) 200mg/m² ↓ in→
 Capecitabine(ゼローダ) 800mg/m²/回 ←→
 分2 朝・夕食後で内服

<疾患名>
進行・再発 結腸・直腸がん
 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>
 ベバシズマブBS mg イリノテカン mg ゼローダ 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

薬剤名	規格	数量
1) デキサート注	3.3mg/1mL	X3A
パロノセトロン点滴バッグ	0.75mg/50mL	X1B
(持続点滴メイン:0.5時間)		
2) ベバシズマブBS	400mg/16mL	×()V
ベバシズマブBS	100mg/4mL	×()V
生食	100mL	X1B(生理食塩液に添加して約100mL)
(持続点滴メイン:1.5時間)		
3) イリノテカン	100mg/5mL	×()V
イリノテカン	40mg/2mL	×()V
生食	500mL	X1B
(持続点滴メイン:1.5時間)		
4) 生食	50mL	X1B
(持続点滴メイン:全開でフラッシュ用)		

[]

[]

[]

[]

[]

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

ゼローダ錠300mg X()錠/日
 (分2 朝・夕食後で内服)
 第1日夕~第15日朝()まで投薬
 第15日夕~第22日朝()まで休薬

III. 化学療法剤投与量算出

<Bevacizumab・CPT-11・Capecitabine 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()m²
 Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量()mg/body
 =7.5mg/kg × ()%
 CPT-11(イリノテカン)投与量()mg/body
 =200mg/m² × 体表面積()m² × ()%
 Capecitabine(ゼローダ)投与量()mg/body
 ~ 1.31m²未満 1800mg/day
 1.31m²以上 ~ 1.69m²未満 2400mg/day
 1.69m²以上 ~ 2.07m²未満 3000mg/day
 2.07m²以上 ~ 3600mg/day
 (分2 朝・夕食後で内服)

<備考欄>
 イリノテカン:
 ・下痢対策として柴苓湯連日、重曹(1.8g/日、分3食間)、メクロプラミド錠(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。
 ・遺伝子多型(UGT1A1*6、UGT1A1*28)について、いずれかをホモ接合体(UGT1A1*6/*6、UGT1A1*28/*28)又はいずれもヘテロ接合体(UGT1A1*6/*28)としてもつ患者ではイリノテカンの投与量は150mg/m²に減量する。
 ベバシズマブBS:
 初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。
 2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。

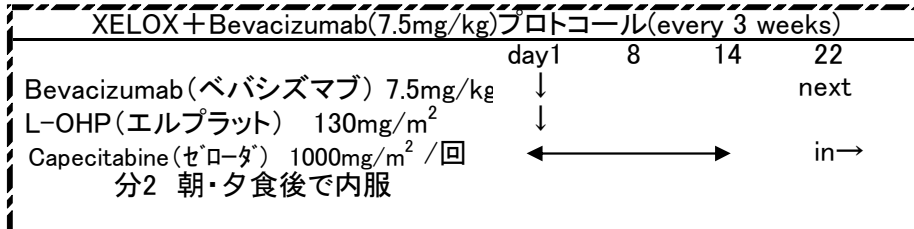
主治医

薬剤師

薬剤師

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



<疾患名>
大腸癌
 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>
 ベバシズマブ _____ mg
 エルプラット _____ mg
 ゼローダ _____ 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(ポート使用時用))	20mL	× 1A
2) デキサート	3.3mg/1mL	× 1A
デキサート	1.65mg/0.5mL	× 1A
グラニセロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL	× 1B
3) ベバシズマブBS	400mg/16mL	× ()V
ベバシズマブBS	100mg/4mL	× ()V
生食 (持続点滴:1.5時間)	100mL	× 1B(生理食塩液に添加して約100mL)
4) 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
デキサート	1.65mg/0.5mL	× 1A
5%ブドウ糖 (持続点滴:2時間)	250mL	× 1B
5) 生食 (持続点滴:全開でフラッシュ用(ポート未使用時用))	50mL	× 1B
5) 生食 (ポート除去時フラッシュ用(ポート使用時用))	20mL	× 1A

第1日目

()

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

ゼローダ 300mg 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

< Bevacizumab・L-OHP・Capecitabine 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()m²
 Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量()mg/body
 = 7.5mg/kg × () %
 L-OHP(エルプラット)投与量()mg/body
 = 130mg/m² × 体表面積()m² × () %
 Capecitabine(ゼローダ)投与量()mg/body
 ~ 1.36m²未満 2400mg/day
 1.36m²以上 ~ 1.66m²未満 3000mg/day
 1.66m²以上 ~ 1.96m²未満 3600mg/day
 1.96m²以上 ~ 4200mg/day
 (分2 朝・夕食後で内服)

<備考欄>
 * 3)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。
 2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。

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

XELOX+biweekly セツキシマブ療法プロトコール(every 2 weeks)

day1.....7.....15
 cetuximab (アービタックス) 500mg/m² ↓ next
 L-OHP (エルプラット) 85mg/m² ↓ in→
 Capecitabine (ゼローダ) 1000mg/m²/回 ←→
 分2 朝・夕食後で内服

<疾患名>
 大腸がん
 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>
 アービタックス _____ mg
 エルプラット _____ mg
 ゼローダ _____ 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	第1日目
1) 生食 (ポート開通確認用 (ポート使用時用))	20mL	× 1A	<input type="checkbox"/>
2) デキサート	3.3mg/1mL	× 4A	<input type="checkbox"/>
ポララミン注	5mg/1mL	× 1A	<input type="checkbox"/>
パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	0.75mg/50mL	× 1B	<input type="checkbox"/>
3) 生食 (持続点滴:全開で フラッシュ用)	50mL	× 1B	<input type="checkbox"/>
4) アービタックス	500mg/100mL	× ()V	<input type="checkbox"/>
アービタックス	100mg/20mL	× ()V	<input type="checkbox"/>
生食 (持続点滴:2時間)	500mL	× 1B	<input type="checkbox"/>
5) 生食 (持続点滴:1時間)	250mL	× 1B	<input type="checkbox"/>
6) エルプラット	200mg/40mL	× ()V	<input type="checkbox"/>
エルプラット	100mg/20mL	× ()V	<input type="checkbox"/>
エルプラット	50mg/10mL	× ()V	<input type="checkbox"/>
デキサート	1.65mg/0.5mL	× 1A	<input type="checkbox"/>
5%ブドウ糖 (持続点滴:2時間)	250mL	× 1B	<input type="checkbox"/>
7) 生食 (持続点滴:全開で フラッシュ用 (ポート未使用時用))	50mL	× 1B	<input type="checkbox"/>
7) 生食 (ポート除去時フラッシュ用 (ポート使用時用))	20mL	× 1A	<input type="checkbox"/>

ゼローダ 300mg X ()錠/日 (分2 朝・夕食後で内服)
 第1日~第7日()まで投薬
 第8日~第14日()まで休薬

III. 化学療法剤投与量算出

< cetuximab・L-OHP・Capecitabine 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(m²)

cetuximab (アービタックス) 投与量(_____ mg/body)
 = 500mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

L-OHP (エルプラット) 投与量(_____ mg/body)
 = 85mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

Capecitabine (ゼローダ) 投与量(_____ mg/body)

~ 1.36m ² 未満	2400mg/day
1.36m ² 以上 ~ 1.66m ² 未満	3000mg/day
1.66m ² 以上 ~ 1.96m ² 未満	3600mg/day
1.96m ² 以上 ~	4200mg/day

(分2 朝・夕食後で内服)

<備考欄>

・4)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は90分を目安に行っても良い。
 2回目の投与においても忍容性が良好であればそれ以降の投与は60分を目安に行っても良い。
 ・アービタックス:減量目安
 1段階減量: 400mg/m²、2段階減量: 300mg/m²

主治医	薬剤師	薬剤師
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* 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

XELOX+セツキシマブ療法(2回目以降)プロトコール(every 3 weeks)

	day1	.....	8	.....	14	15	.....	22	
cetuximab (アービタックス) 250mg/m ²	↓		↓		↓			↓	next
L-OHP (エルプラット) 130mg/m ²	↓		↓		↓			↓	in→
Capecitabine (ゼローダ) 1000mg/m ² /回	←-----→								

分2 朝・夕食後で内服

<疾患名>
 大腸がん
 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>
 アービタックス _____ mg エルプラット _____ mg ゼローダ _____ 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	第1日目	第8日目	第15日目
1) 生食 (ポート開通確認用 (ポート使用時用))	20mL	× 1A			
2) デキサート (ポート開通確認用 (ポート使用時用))	3.3mg/1mL	× 4A			
ポララミン注	5mg/1mL	× 1A			
パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	0.75mg/50mL	× 1B			
2) デキサート (持続点滴:0.5時間)	3.3mg/1mL	× 2A			
ポララミン注	5mg/1mL	× 1A			
生食	100mL	× 1B			
3) 生食 (持続点滴:全開で フラッシュ用)	50mL	× 1B			
4) アービタックス (持続点滴:1時間)	500mg/100mL	× ()V			
アービタックス	100mg/20mL	× ()V			
生食	250mL	× 1B			
5) 生食 (持続点滴:1時間)	250mL	× 1B			
6) 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			
デキサート	1.65mg/0.5mL	× 1A			
5%ブドウ糖 (持続点滴:2時間)	250mL	× 1B			
7) 生食 (持続点滴:全開で フラッシュ用 (ポート未使用時用))	50mL	× 1B			
7) 生食 (ポート除去時フラッシュ用 (ポート使用時用))	20mL	× 1A			

ゼローダ 300mg × (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

< cetuximab・L-OHP・Capecitabine 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(m²)

cetuximab (アービタックス) 投与量(mg/body)
 = 250mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

L-OHP (エルプラット) 投与量(mg/body)
 = 130mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

Capecitabine (ゼローダ) 投与量(mg/body)
 ~ 1.36m²未満 2400mg/day
 1.36m²以上 ~ 1.66m²未満 3000mg/day
 1.66m²以上 ~ 1.96m²未満 3600mg/day
 1.96m²以上 ~ 4200mg/day
 (分2 朝・夕食後で内服)

<備考欄>

主治医 薬剤師 薬剤師

* Dr. が二重線の枠内に記入して開始前日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

XELOX+セツキシマブ療法(初回)プロトコル(every 3 weeks)

	day1.....8.....14 15.....22	
cetuximab (アービタックス) 400mg/m ²	↓	next in→
cetuximab (アービタックス) 250mg/m ²	↓	
L-OHP (エルプラット) 130mg/m ²	↓	
Capecitabine (ゼローダ) 1000mg/m ² /回	←—————→	
分2 朝・夕食後で内服		

<疾患名>
 大腸がん
 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>
 アービタックス _____ mg
 エルプラット _____ mg
 ゼローダ _____ 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	第1日目	第8日目	第15日目
1) 生食 (ポート開通確認用(ポート使用時用))	20mL	× 1A			
2) デキサート (ポート開通確認用(ポート使用時用))	3.3mg/1mL	× 4A			
ボラミン注	5mg/1mL	× 1A			
パノセトロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	0.75mg/50mL	× 1B			
2) デキサート	3.3mg/1mL	× 2A			
ボラミン注	5mg/1mL	× 1A			
生食 (持続点滴:0.5時間)	100mL	× 1B			
3) 生食 (持続点滴:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B			
4) アービタックス	500mg/100mL	× () V			
アービタックス	100mg/20mL	× () V			
生食 (持続点滴:2時間)	500mL	× 1B			
4) アービタックス	500mg/100mL	× () V			
アービタックス	100mg/20mL	× () V			
生食 (持続点滴:1時間)	250mL	× 1B			
5) 生食 (持続点滴:1時間)	250mL	× 1B			
6) 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			
デキサート	1.65mg/0.5mL	× 1A			
5%ブドウ糖	250mL	× 1B			
(持続点滴:2時間)					
7) 生食 (持続点滴:全開でフラッシュ用(ポート未使用時用))	50mL	× 1B			
7) 生食 (ポート除去時フラッシュ用(ポート使用時用))	20mL	× 1A			

ゼローダ 300mg X () /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

< cetuximab・L-OHP・Capecitabine 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() m²

cetuximab(アービタックス)投与量初回day1() mg/body
 = 400mg/m² × 体表面積() m² × () %

cetuximab(アービタックス)投与量初回day8,15() mg/body
 = 250mg/m² × 体表面積() m² × () %

L-OHP(エルプラット)投与量() mg/body
 = 130mg/m² × 体表面積() m² × () %

Capecitabine(ゼローダ)投与量() mg/body

~ 1.36m ² 未満	2400mg/day
1.36m ² 以上 ~ 1.66m ² 未満	3000mg/day
1.66m ² 以上 ~ 1.96m ² 未満	3600mg/day
1.96m ² 以上 ~	4200mg/day

(分2 朝・夕食後で内服)

<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

XELOX療法(大腸がん)プロトコル(every 3 weeks)

	day1	8	14	22
	↓			next in→
L-OHP(エルプラット) 130mg/m ²				
Capecitabine(ゼローダ) 1000mg/m ² /回	←—————→			
分2 朝・夕食後で内服				

<疾患名>
 大腸がん(進行・再発)
 大腸がん(術後補助化学療法)
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>
 エルプラット _____ mg
 ゼローダ _____ 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

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (ポート開通確認用 (ポート使用時用))	20mL	× 1A
2) デキサート	3.3mg/1mL	× 1A
デキサート	1.65mg/0.5mL	× 1A
グラニセロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL	× 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
デキサート	1.65mg/0.5mL	× 1A
5%ブドウ糖 (持続点滴:2時間)	250mL	× 1B
4) 生食 (持続点滴:全開で フラッシュ用 (ポート未使用時用))	50mL	× 1B
4) 生食 (ポート抜去時フラッシュ用 (ポート使用時用))	20mL	× 1A

()

ゼローダ 300mg 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

< L-OHP・Capecitabine 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()m²
 L-OHP(エルプラット)投与量()mg/body
 = 130mg/m² × 体表面積()m² × ()%
 Capecitabine(ゼローダ)投与量()mg/body
 ~ 1.36m²未満 2400mg/day
 1.36m²以上 ~ 1.66m²未満 3000mg/day
 1.66m²以上 ~ 1.96m²未満 3600mg/day
 1.96m²以上 ~ 4200mg/day
 (分2 朝・夕食後で内服)

<備考欄>
 ・術後補助療法の場合、8コース予定。

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

イリノテカン+biweekly セツキシマブ併用療法プロトコル(every 2 weeks)
 day1.....15.....
 cetuximab(アービタックス) 500mg/m² ↓ next
 CPT-11(イリノテカン) 150mg/m² ↓ →in

<疾患名>
大腸がん
 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>
 アービタックス _____ mg
 イリノテカン _____ 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

薬剤名	規格	数量
1) デキサート	3.3mg/1mL	× 4A(減量可)
ポラミン注	5mg/1mL	× 1A
グラセロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL	× 1B
2) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴:全開で フラッシュ用)		
3) アービタックス	500mg/100mL	× ()V
アービタックス	100mg/20mL	× ()V
生食	500mL	× 1B
(持続点滴:2時間)		
4) 生食	250mL	× 1B
(持続点滴:1時間)		
5) イリノテカン	100mg	× ()V
イリノテカン	40mg	× ()V
生食	500mL	× 1B
(持続点滴:1.5時間)		
6) 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

< cetuximab・CPT-11投与量(2回目以降) >
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(m²)
 cetuximab(アービタックス)投与量 (_____ mg/body)
 = 500mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)
 CPT-11(イリノテカン)投与量 (_____ mg/body)
 = 150mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>

・3)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は90分を目安に行っても良い。
 2回目の投与においても忍容性が良好であればそれ以降の投与は60分を目安に行っても良い。
 ・アービタックス:減量目安
 1段階減量:400mg/m²、2段階減量:300mg/m²

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。

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

セツキシマブ+FOLFIRI療法(2回目以降)プロトコール(every 2weeks)

day1.....8.....15.....	
cetuximab (アービタックス) 250mg/m ²	↓ next→
CPT-11 (イリノテカン) 150mg/m ²	↓
I-LV (レボホリナート) 200mg/m ²	↓
5-FU (フルオウラシル) 400mg/m ² (bolus)	↓
5-FU (フルオウラシル) 2400mg/m ² (d.i.v)	↓

<疾患名>

大腸がん

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>

アービタックス	イリノテカン	レボホリナート	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)

Checklist area for administration day

	第1日目	第8日目
--	------	------

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	3.3mg/1mL	× 4A (減量可)
ボラミン注	5mg/1mL	× 1A
パロノセロン点滴バッグ (持続点滴メイン: 0.5時間)	0.75mg/50mL	× 1B
2) デキサート	3.3mg/1mL	× 2A
ボラミン注	5mg/1mL	× 1A
生食	100mL	× 1B (持続点滴メイン: 0.5時間)
3) 生食 (持続点滴メイン: 全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B
4) アービタックス	500mg/100mL	× ()V
アービタックス	100mg/20mL	× ()V
生食 (持続点滴メイン: 1時間)	250mL	X1B
5) 生食 (持続点滴: 1時間)	250mL	× 1B
6) イリノテカン	100mg	× ()V
イリノテカン	40mg	× ()V
生食 (持続点滴側管: 2時間)	250mL	X1B
7) レボホリナート	100mg	× ()V
レボホリナート	25mg	× ()V
生食 (持続点滴メイン: 2時間)	250mL	X1B
8) フルオウラシル	1000mg/20mL	× ()V
フルオウラシル	250mg/5mL	× ()V
生食 (持続点滴メイン: 0.25時間)	50mL	× 1B
9) 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: 持続点滴メイン: 46時間)	100mL	× 1B
10) 生食 (ポート抜去時フラッシュ用)	20mL	× 1A

	第1日目	第8日目

III. 化学療法剤投与量算出

< cetuximab・CPT-11・I-LV・5-FU投与量(2回目以降) >

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 (m²)

cetuximab (アービタックス) 投与量 (mg/body)

= 250mg/m² × 体表面積 (m²) × (%)

CPT-11 (イリノテカン) 投与量 (mg/body)

= 150mg/m² × 体表面積 (m²) × (%)

I-LV (レボホリナート) 投与量 (mg/body)

= 200mg/m² × 体表面積 (m²) × (%)

(bolus) 5-FU (フルオウラシル) 投与量 (mg/body)

= 400mg/m² × 体表面積 (m²) × (%)

(d.i.v)5-FU (フルオウラシル) 投与量 (mg/body)

= 2400mg/m² × 体表面積 (m²) × (%)

<備考欄>

・6) 7) 同時投与

・9) 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。

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

セツキシマブ+FOLFIRI療法(初回)プロトコール(every 2weeks)

day1	.....	8	.....	15	.....	next→
		↓		↓		
cetuximab(アービタックス)	400mg/m ²					
cetuximab(アービタックス)	250mg/m ²					
CPT-11(イリノテカン)	150mg/m ²					
I-LV(レボホリナート)	200mg/m ²					
5-FU(フルオウラシル)	400mg/m ² (bolus)					
5-FU(フルオウラシル)	2400mg/m ² (d.i.v)					

<疾患名>
大腸がん
 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>
 アービタックス _____ mg イリノテカン _____ mg レボホリナート _____ mg フルオウラシル(bolus) _____ mg フルオウラシル(div) _____ 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	3.3mg/1mL	×4A(減量可)
ポラミン注	5mg/1mL	×1A
パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴メイン:0.5時間)	0.75mg/50mL	×1B
2) デキサート	3.3mg/1mL	×2A
ポラミン注	5mg/1mL	×1A
生食 (持続点滴メイン:0.5時間)	100mL	×1B
3) 生食 (持続点滴メイン:全開でフラッシュ用)	50mL	×1B
4) アービタックス	500mg/100mL	×()V
アービタックス	100mg/20mL	×()V
生食 (持続点滴メイン:2時間)	500mL	×1B
4) アービタックス	500mg/100mL	×()V
アービタックス	100mg/20mL	×()V
生食 (持続点滴メイン:1時間)	250mL	×1B
5) 生食 (持続点滴メイン:1時間)	250mL	×1B
6) イリノテカン	100mg	×()V
イリノテカン	40mg	×()V
生食 (持続点滴側管:2時間)	250mL	×1B
7) レボホリナート	100mg	×()V
レボホリナート	25mg	×()V
生食 (持続点滴メイン:2時間)	250mL	×1B
8) フルオウラシル	1000mg/20mL	×()V
フルオウラシル	250mg/5mL	×()V
生食 (持続点滴メイン:0.25時間)	50mL	×1B
9) 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:持続点滴メイン:46時間)	100mL	×1B
10) 生食 (ポート除去時フラッシュ用)	20mL	×1A

第1日目	第8日目
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

III. 化学療法剤投与量算出

< cetuximab・CPT-11・I-LV・5-FU投与量(初回)>

身長(cm)	体重(Kg)
体表面積(m ²)	
cetuximab(アービタックス)投与量初回day1 (_____ mg/body)	
= 400mg/m ² × 体表面積(_____ m ²) × (_____ %)	
cetuximab(アービタックス)投与量初回day8 (_____ mg/body)	
= 250mg/m ² × 体表面積(_____ m ²) × (_____ mg/body)	
CPT-11(イリノテカン)投与量 (_____ mg/body)	
= 150mg/m ² × 体表面積(_____ m ²) × (_____ %)	
I-LV(レボホリナート)投与量 (_____ mg/body)	
= 200mg/m ² × 体表面積(_____ m ²) × (_____ %)	
(bolus) 5-FU(フルオウラシル)投与量 (_____ mg/body)	
= 400mg/m ² × 体表面積(_____ m ²) × (_____ %)	
(d.i.v)5-FU(フルオウラシル)投与量 (_____ mg/body)	
= 2400mg/m ² × 体表面積(_____ m ²) × (_____ %)	

<備考欄>
 ・6) 7) 同時投与
 ・9) 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* 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

セツキシマブ+イリノテカン併用療法(2回目以降)プロトコール(every 2weeks)
 day1.....8.....15.....
 cetuximab(アービタックス) 250mg/m² ↓ ↓ next→
 CPT-11(イリノテカン) 150mg/m² ↓

<疾患名>
大腸がん
 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>
 アービタックス _____ mg
 イリノテカン _____ 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	× 4A(減量可)
ポラミン注	5mg/1mL	× 1A
グラニセロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL	× 1B
1) デキサート	3.3mg/1mL	× 2A
ポラミン注	5mg/1mL	× 1A
生食 (持続点滴:0.5時間)	100mL	× 1B
2) 生食 (持続点滴:全開で フラッシュ用)	50mL	× 1B
3) アービタックス	500mg/100mL	× ()V
アービタックス	100mg/20mL	× ()V
生食 (持続点滴:1時間)	250mL	× 1B
4) 生食 (持続点滴:1時間)	250mL	× 1B
5) イリノテカン	100mg	× ()V
イリノテカン	40mg	× ()V
生食 (持続点滴:1.5時間)	500mL	× 1B
6) 生食 (持続点滴:全開で フラッシュ用)	50mL	× 1B

第1日目 ()
 第8日目 ()

III. 化学療法剤投与量算出

< cetuximab・CPT-11投与量(2回目以降) >
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(m²)
 cetuximab(アービタックス)投与量 (mg/body)
 = 250mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 CPT-11(イリノテカン)投与量 (mg/body)
 = 150mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<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

セツキシマブ+イリノテカン併用療法(初回)プロトコール(every 2weeks)
 day1.....8.....15.....
 cetuximab(アービタックス) 400mg/m² ↓ next→
 cetuximab(アービタックス) 250mg/m² ↓
 CPT-11(イリノテカン) 150mg/m² ↓

<疾患名>
大腸がん
 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>
 アービタックス _____ mg
 イリノテカン _____ 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	× 4A (減量可)
ポラミン注	5mg/1mL	× 1A
グラセトロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL	× 1B
1) デキサート	3.3mg/1mL	× 2A
ポラミン注	5mg/1mL	× 1A
生食 (持続点滴:0.5時間)	100mL	× 1B
2) 生食 (持続点滴:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B
3) アービタックス	500mg/100mL	× ()V
アービタックス	100mg/20mL	× ()V
生食 (持続点滴:2時間)	500mL	X1B
3) アービタックス	500mg/100mL	× ()V
アービタックス	100mg/20mL	× ()V
生食 (持続点滴:1時間)	250mL	X1B
4) 生食 (持続点滴:1時間)	250mL	× 1B
5) イリノテカン	100mg	× ()V
イリノテカン	40mg	× ()V
生食 (持続点滴:1.5時間)	500mL	X1B
6) 生食 (持続点滴:全開でフラッシュ用)	50mL	× 1B

第1日目 ()
 第8日目 ()

III. 化学療法剤投与量算出

< cetuximab・CPT-11投与量(初回) >

身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)

cetuximab(アービタックス)投与量初回day1 (_____ mg/body)
 = 400mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

cetuximab(アービタックス)投与量初回day8 (_____ mg/body)
 = 250mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

CPT-11(イリノテカン)投与量 (_____ mg/body)
 = 150mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<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

セツキシマブ+ピラフトビ+メクトビ療法(2回目以降)プロトコール(every week)

cetuximab (アービタックス) 250mg/m ²	day1.....8	↓	next
Encorafenib (ピラフトビ) 300mg/日	←	→	in→
分1 朝食後に内服			
Binimetinib (メクトビ) 90mg/日	←	→	
分2 朝・夕食後に内服			

<疾患名>
 BRAF遺伝子変異陽性 大腸がん
 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>
 セツキシマブ mg ピラフトビ mg メクトビ 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
ポラミン注	5mg/1mL	× 1A
生食	100mL	× 1B
(持続点滴メイン:0.5時間)		
2) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴メイン:全開で フラッシュ用)		
3) アービタックス	500mg/100mL	× ()V
アービタックス	100mg/20mL	× ()V
生食	250mL	×1B
(持続点滴メイン:1時間)		
4) 生食	250mL	× 1B
(持続点滴メイン:1時間)		

第1日目
 ()

ピラフトビ 75mg/CP X(CP)/日 (分1 朝食後で連日内服)

メクトビ 15mg/錠 X(錠)/日 (分2 朝・夕食後で連日内服)

III. 化学療法剤投与量算出

< cetuximab・Encorafenib・Binimetinib 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(m²)

cetuximab (アービタックス) 投与量(mg/body)
 = 250mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

Encorafenib (ピラフトビ) 投与量(mg/body)
 = 300mg/body × (%)

Binimetinib (メクトビ) 投与量(mg/body)
 = 90mg/body × (%)

<備考欄>
 減量基準:
 ピラフトビ~1段階減量:225mg/日、2段階減量:150mg/日
 3段階減量:中止
 メクトビ~1段階減量:60mg/日、2段階減量:30mg/日
 3段階減量:中止

<本レジメンの継続の可否>

継続の可否	アービタックス	ピラフトビ	メクトビ
継続可	×	○	○
継続可	○	○	×
継続不可	×	×	○
継続不可	×	○	×
継続不可	○	×	○
継続不可	○	×	×

*上記表の「○」は投与、「×」は中止又を休薬を意味する。
 継続不可の場合、レジメンとして全ての投与を中止する。

主治医

薬剤師

薬剤師

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

セツキシマブ+ピラフトビ+メクトビ療法(初回)プロトコル(every week)

day1.....8
 ↓ next
 Encorafenib (ピラフトビ) 300mg/日 ← in→
 分1 朝食後に内服
 Binimetinib (メクトビ) 90mg/日 ← →
 分2 朝・夕食後に内服

<疾患名>
 BRAF遺伝子変異陽性 大腸がん
 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>
 セツキシマブ mg
 ピラフトビ mg
 メクトビ 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
ポラミン注	5mg/1mL	× 1A
生食	100mL	× 1B
(持続点滴メイン:0.5時間)		
2) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴メイン:全開で フラッシュ用)		
3) アービタックス	500mg/100mL	× ()V
アービタックス	100mg/20mL	× ()V
生食	500mL	× 1B
(持続点滴メイン:2時間)		
4) 生食	250mL	× 1B
(持続点滴メイン:1時間)		

第1日目
 ()

ピラフトビ 75mg/CP X() CP)/日 (分1 朝食後で連日内服)

メクトビ 15mg/錠 X() 錠)/日 (分2 朝・夕食後で連日内服)

III. 化学療法剤投与量算出

< cetuximab・Encorafenib・Binimetinib 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() m²
 cetuximab(アービタックス)投与量() mg/body
 = 400mg/m² × 体表面積() m² × () %
 Encorafenib(ピラフトビ)投与量() mg/body
 = 300mg/body × () %
 Binimetinib(メクトビ)投与量() mg/body
 = 90mg/body × () %

<備考欄>
 減量基準:
 ピラフトビ~1段階減量:225mg/日、2段階減量:150mg/日
 3段階減量:中止
 メクトビ~1段階減量:60mg/日、2段階減量:30mg/日
 3段階減量:中止

<本レジメンの継続の可否>

継続の可否	アービタックス	ピラフトビ	メクトビ
継続可	×	○	○
継続可	○	○	×
継続不可	×	×	○
継続不可	×	○	×
継続不可	○	×	○
継続不可	○	×	×

*上記表の「○」は投与、「×」は中止又を休薬を意味する。
 継続不可の場合、レジメンとして全ての投与を中止する。

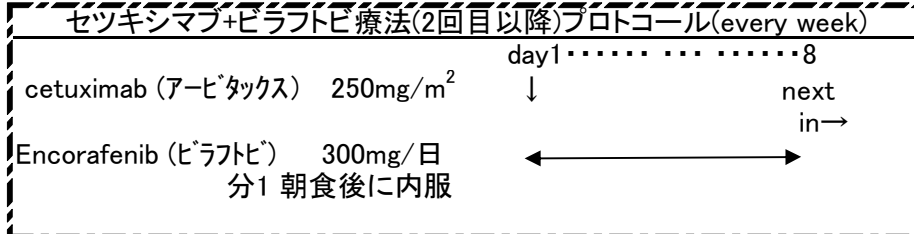
主治医

薬剤師

薬剤師

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



〈疾患名〉
 BRAF遺伝子変異陽性 大腸がん

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〉
 セツキシマブ mg
 ビラフトビ 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

薬剤名	規格	数量
1) デキサート	3.3mg/1mL	× 2A
ポララミン注	5mg/1mL	× 1A
生食	100mL	× 1B
(持続点滴メイン: 0.5時間)		
2) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴メイン: 全開で フラッシュ用)		
3) アービタックス	500mg/100mL	× ()V
アービタックス	100mg/20mL	× ()V
生食	250mL	× 1B
(持続点滴メイン: 1時間)		
4) 生食	250mL	× 1B
(持続点滴メイン: 1時間)		

()

ビラフトビ 75mg/CP X() CP/日 (分1 朝食後で連日内服)

III. 化学療法剤投与量算出

〈cetuximab・Encorafenib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() m²

cetuximab(アービタックス)投与量() mg/body
 = 250mg/m² × 体表面積() m² × () %

Encorafenib(ビラフトビ)投与量() mg/body
 = 300mg/body × () %

〈備考欄〉

ビラフトビ:
 ・減量基準
 1段階減量: 225mg/日、2段階減量: 150mg/日、3段階減量: 中止
 ・アービタックスを休薬又は中止した場合は、ビラフトビも休薬又は中止すること。
 また、ビラフトビを休薬又は中止した場合は、アービタックスも休薬又は中止すること。

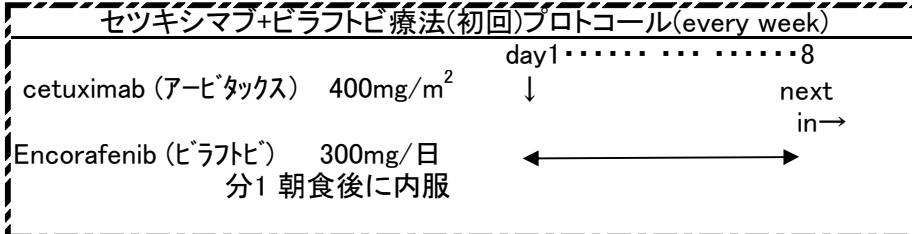
主治医

薬剤師

薬剤師

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



<疾患名>
 BRAF遺伝子変異陽性 大腸がん
 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>
 セツキシマブ mg
 ビラフトビ 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
ポララミン注	5mg/1mL	× 1A
生食	100mL	× 1B
(持続点滴メイン: 0.5時間)		
2) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴メイン: 全開で フラッシュ用)		
3) アービタックス	500mg/100mL	× ()V
アービタックス	100mg/20mL	× ()V
生食	500mL	× 1B
(持続点滴メイン: 2時間)		
4) 生食	250mL	× 1B
(持続点滴メイン: 1時間)		

第1日目
 ([])
 []
 []
 []

ビラフトビ 75mg/CP X() CP/日 (分1 朝食後で連日内服)

III. 化学療法剤投与量算出

< cetuximab・Encorafenib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() m²
 cetuximab(アービタックス)投与量() mg/body
 = 400mg/m² × 体表面積() m² × () %
 Encorafenib(ビラフトビ)投与量() mg/body
 = 300mg/body × () %

<備考欄>
 ビラフトビ:
 ・減量基準
 1段階減量: 225mg/日、2段階減量: 150mg/日、3段階減量: 中止
 ・アービタックスを休薬又は中止した場合は、ビラフトビも休薬又は中止すること。
 また、ビラフトビを休薬又は中止した場合は、アービタックスも休薬又は中止すること。

主治医
 []

薬剤師
 []

薬剤師
 []

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

セツキシマブ単剤療法(2回目以降)プロトコール(every week)
 day1...8...
 cetuximab(アービタックス)250mg/m² ↓ next→

<疾患名>
結腸・直腸がん
 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>
 アービタックス _____ 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

()

薬剤名	規格	数量
1) デキサート	3.3mg/1mL	× 2A
ポラミン注	5mg/1mL	× 1A
生食	100mL	× 1B
(持続点滴:0.5時間)		
2) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴:全開で フラッシュ用)		
3) アービタックス	500mg/100mL	× ()V
アービタックス	100mg/20mL	× ()V
生食	250mL	× 1B
(持続点滴:1時間)		
4) 生食	250mL	× 1B
(持続点滴:1時間)		

III. 化学療法剤投与量算出

< cetuximab 投与量 (2回目以降) >
 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 (_____ m²)
 cetuximab(アービタックス)投与量 (_____ mg/body)
 = 250mg/m² × 体表面積 (_____ m²) × (_____ %)

<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

セツキシマブ単剤療法(初回)プロトコール(every week)	
day1・・・8・・・	↓ next→
cetuximab(アービタックス)400mg/m ²	

<疾患名>
 結腸・直腸がん

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>
 アービタックス _____ 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

--

薬剤名	規格	数量
1) デキサート	3.3mg/1mL	× 2A
ポラミン注	5mg/1mL	× 1A
生食	100mL	× 1B
(持続点滴:0.5時間)		
2) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴:全開で フラッシュ用)		
3) アービタックス	500mg/100mL	× ()V
アービタックス	100mg/20mL	× ()V
生食	500mL	× 1B
(持続点滴:2時間)		
4) 生食	250mL	× 1B
(持続点滴:1時間)		

--

--

--

--

III. 化学療法剤投与量算出

< cetuximab 投与量 (初回) >	
<input type="checkbox"/> 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 ²)	
cetuximab(アービタックス)投与量 (mg/body)	
= 400mg/m ² × 体表面積 (m ²) × (%)	

<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

ゼローダ+Bevacizumab(7.5mg/kg)プロトコール(every 3 weeks)				
	day1	8	14	22
Bevacizumab(ベバシズマブ) 7.5mg/kg	↓			next in→
Capecitabine(ゼローダ) 1000mg/m ² /回	←—————→			
分2 朝・夕食後で内服				

<疾患名>
大腸がん (進行・再発)
 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>
 ベバシズマブ _____ mg
 ゼローダ _____ 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 (ポート使用時用))	20mL	× 1A
2) 生食 (持続点滴: ルート確保用)	100mL	× 1B
3) ベバシズマブBS (持続点滴: 1.5時間)	400mg/16mL 100mg/4mL 100mL X1B(生理食塩液に添加して約100mL)	× ()V × ()V
4) 生食 (持続点滴: 全開で フラッシュ用 (ポート未使用時用))	50mL	× 1B
4) 生食 (ポート除去時フラッシュ用 (ポート使用時用))	20mL	× 1A

第1日目

()

--

--

--

--

--

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

ゼローダ 300mg	X ()錠/日	(分2 朝・夕食後で内服)
	第1日夕~第15日朝()	~ ()まで投薬
	第15日夕~第22日朝()	~ ()まで休薬

III. 化学療法剤投与量算出

< Bevacizumab・Capecitabine 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()m²
 Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量()mg/body
 = 7.5mg/kg × ()%
 Capecitabine(ゼローダ) 投与量()mg/body
 ~ 1.36m²未満 2400mg/day
 1.36m²以上 ~ 1.66m²未満 3000mg/day
 1.66m²以上 ~ 1.96m²未満 3600mg/day
 1.96m²以上 ~ 4200mg/day
 (分2 朝・夕食後で内服)

<備考欄>
 * 3)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。
 2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。

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

パニツムマブ+mFOLFOX 6療法プロトコル(every 2 weeks)	
	day1 .....day15.....
panitumumab(ベクティビックス) 6mg/kg	↓ next →
L-OHP(エルプラット) 85mg/m ²	↓
l-LV(レボホリナート) 200mg/m ²	↓
5-FU(フルオウラシル) 400mg/m ² (bolus)	↓
5-FU(フルオウラシル) 2400mg/m ² (d.i.v)	↓

〈疾患名〉
大腸がん

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〉
 ベクティビックス エルプラット レボホリナート 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)

第1日目

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 パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴メイン: 0.5時間)	3.3mg / 0.75mg/50mL	× 4A / × 1B
3) ベクティビックス ベクティビックス 生食 (持続点滴メイン: 1.5時間)	400mg/20mL / 100mg/5mL / 100mL	× ()V / × ()V / × 1B(生理食塩液に添加して約100mL)
4) 生食 (持続点滴メイン: 全開で)	50mL	× 1B
5) エルプラット エルプラット エルプラット 5%ブドウ糖 (側管より: 持続点滴: 2時間)	200mg/40mL / 100mg/20mL / 50mg/10mL / 250mL	× ()V / × ()V / × ()V / × 1B
6) レボホリナート レボホリナート 5%ブドウ糖 (メインより: 持続点滴: 2時間)	100mg / 25mg / 250mL	× ()V / × ()V / × 1B
7) フルオウラシル フルオウラシル 5%ブドウ糖 (静注メイン: 15分間)	1000mg/20mL / 250mg/5mL / 100mL	× ()V / × ()V / × 1B
8) フルオウラシル フルオウラシル 生食 (インフューザーポンプより: 持続点滴メイン: 46時間)	1000mg/20mL / 250mg/5mL / 100mL	× ()V / × ()V / × 1B
9) 生食 (ポート抜去時フラッシュ用)	20mL	× 1A

()

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

＜panitumumab・L-OHP・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(m²)

panitumumab(ベクティビックス)投与量(mg/body)
 = 6mg/kg × (%)

L-OHP(エルプラット)投与量(mg/body)
 = 85mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

l-LV(レボホリナート)投与量(mg/body)
 = 200mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

(bolus) 5-FU(フルオウラシル)投与量(mg/body)
 = 400mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

(d.i.v)5-FU(フルオウラシル)投与量(mg/body)
 = 2400mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

＜備考欄＞

* 5)6)は同時投与

* ベクティビックスの投与にあたっては、インラインフィルター(0.2又は0.22ミクロン)を使用すること

* 3)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。

* 8)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

パニツムマブ単剤療法プロトコル(every 2 weeks)
 day1.....day15...
 panitumumab(ベクティビックス) 6mg/kg ↓ next→

<疾患名>
 結腸・直腸がん
 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>
 ベクティビックス
 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

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (持続点滴:0.5時間)	50mL	× 1B
2) ベクティビックス	400mg/20mL	× ()V
ベクティビックス	100mg/5mL	× ()V
生食 (持続点滴:1.5時間)	100mL	×1B(生理食塩液に添加して約100mL)
3) 生食 (持続点滴:1時間)	250mL	× 1B

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

<panitumumab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(m²)
 panitumumab(ベクティビックス)投与量(mg/body)
 = 6mg/kg × (%)

<備考欄>
 * ベクティビックスの投与にあたっては、インラインフィルター(0.2又は0.22ミクロン)を使用すること
 * 2)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。

主治医

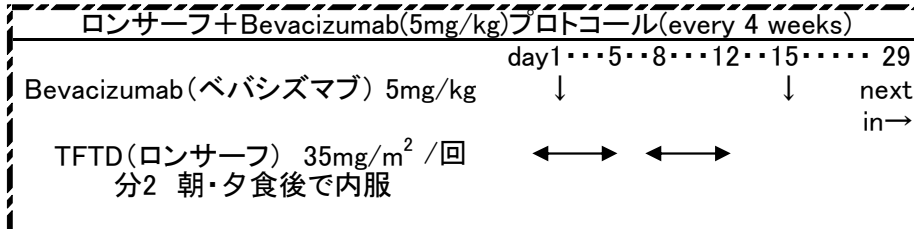
薬剤師

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



<疾患名>
大腸がん(進行・再発)

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>
 ベバシズマブ mg
 ロンサーフ 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15日目

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (ポート開通確認用(ポート使用時用))	20mL	×1A
2) 生食 (持続点滴: ルート確保用)	100mL	×1B
3) ベバシズマブBS	400mg/16mL	×()V
ベバシズマブBS	100mg/4mL	×()V
生食 (持続点滴: 1.5時間)	100mL	×1B(生理食塩液に添加して約100mL)
4) 生食 (持続点滴: 全開でフラッシュ用(ポート未使用時用))	50mL	×1B
4) 生食 (ポート抜去時フラッシュ用(ポート使用時用))	20mL	×1A

()	()

ベバシズマブ:
 必要量を注射筒で
 抜き取り、日局生
 理食塩液に添加し
 て約100mLとする。

ロンサーフ配合錠 T15 X (錠)/日 (分2 朝・夕食後で内服)

or ロンサーフ配合錠 T20 X (錠)/日

第1日夕~第6日朝()まで投薬
 第6日夕~第8日朝()まで休薬
 第8日夕~第13日朝()まで投薬
 第13日夕~第29日朝()まで休薬

III. 化学療法剤投与量算出

< Bevacizumab・TFTD 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(m²)

Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量(mg/body)
 = 5mg/kg × (%)

TFTD(ロンサーフ) 投与量(mg/body)

~ 1.07m ² 未満	70mg/day
1.07m ² 以上 ~ 1.23m ² 未満	80mg/day
1.23m ² 以上 ~ 1.38m ² 未満	90mg/day
1.38m ² 以上 ~ 1.53m ² 未満	100mg/day
1.53m ² 以上 ~ 1.69m ² 未満	110mg/day
1.69m ² 以上 ~ 1.84m ² 未満	120mg/day
1.84m ² 以上 ~ 1.99m ² 未満	130mg/day
1.99m ² 以上 ~ 2.15m ² 未満	140mg/day
2.15m ² 以上 ~	150mg/day

(分2 朝・夕食後で内服)

<備考欄>

・3)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間で投与することができる。

・ロンサーフ
 50mg/dayで投与する場合は、朝食後に20mgを、夕食後に30mgを投与する。

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。