

診療科名: 外科 _____

申請者名: _____

レジメン名称: modified FOLFIRINOX[腓](入院)

疾患名(癌種): PS0~1の治癒切除不能な膵癌 一次治療のみ

適用目的(対象): 術前補助化学療法 術後補助化学療法 進行再発 一次 二次以降 三次以降 放射線併用 その他()

レジメン記入フォーマット

フォーマットページ数(1 / 1)

通しNo	薬品名・規格	投与量	手技	点滴時間・速度	day(1)	day()	day(3)	day()	day()	day()	day()	day()	day()	day()
1	パロノセトロン 0.75mg/50mL	1袋	点滴注射	30分かけて	●									
	デキサート 6.6mg	1瓶												
2	5%ブドウ糖液250ml	1P	点滴注射	120分かけて	●									
	オキサリプラチン	85mg/m²												
3	5%ブドウ糖液250ml	1P	点滴注射	120分かけて	●									
	レボホリナート	200mg/m²												
	イリノテカンと同時に投与													
4	5%ブドウ糖液250ml	1P	点滴注射	90分かけて	●									
	イリノテカン	150mg/m²												
	レボホリナートと同時に投与													
5	生理食塩液1000ml	1P	点滴注射	46時間	● →	→	→	○						
	フルオロウラシル	2400mg/m²												
6	生食シリンジ 20ml	1A	静脈注射	ルートフラッシュ・流し用	●		●							

上記表にて設定する抗がん剤について

通しNo	薬品名・規格	標準値	上限値
2	オキサリプラチン	85mg/m²	
3	レボホリナート	200mg/m²	
4	イリノテカン	150mg/m²	
5	フルオロウラシル	2400mg/m²	

インターバル日数 (14)日

レジメン基準日 day(1)

総クール数 ()クール

※この表にてオーダーリングにレジメン登録しますので、漏れなく記入して下さい。

【投与基準】	【2回目以降】
好中球数 ≥ 2,000	好中球数 ≥ 1,500
血小板 ≥ 100,000	血小板 ≥ 75,000
T-BiL < 1.5	T-BiL < 1.5かつ黄疸を認めない
下痢を認めない	下痢、多量の腹水・胸水を認めない、末梢神経症状Grade2