

レジメン記入フォーマット

診療科名: 外科

申請者名: _____

レジメン名称: BEV+FOLFIRI [大腸] (外来)

疾患名(癌種): 結腸癌 直腸癌

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()

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(2)	day(3)	day()	day()	day()	day()	day()	day()	day(14)
1	ハ®ロ/セトロン点滴静注用ハ®グ0.75mg	1P	点滴注射	30分かけて	●									
	デキサト注射液6.6mg	1V												
2	生理食塩液100ml	1P	点滴注射	(90分→60分→30分)	●									
	ペバシズマブBS点滴静注用	5mg/kg												
3	5%ブドウ糖250ml	1P	点滴注射	2時間かけて	●									
	レボホリナート点滴静注用	200mg/m ²												
4	5%ブドウ糖250ml	1P	点滴注射	90分かけて	●									
	イリノテカン塩酸塩点滴静注液	150mg/m ²												
	③と同時に投与													
5	生理食塩液50ml	1P	点滴注射	全開投与	●									
	フルオロウラシル注	400mg/m ²												
	③終了後													
6	生理食塩液 100mL	1P	点滴注射	46時間	● → → ●									
	フルオロウラシル	2400mg/m ²												
	外来はインフューザーポンプで全量115mL インフューザー充填													
7	生食シリンジ20ml	1A	静脈注射		●									
8	生食シリンジ20ml	1A	静脈注射				●							

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	ペバシズマブBS点滴静注用	5mg/Kg	
3	レボホリナート点滴静注用	200mg/m ²	
4	イリノテカン塩酸塩点滴静注液	150mg/m ²	
5	フルオロウラシル注	400mg/m ²	
6	フルオロウラシル注	2400mg/m ²	

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】
WBC3000以上
好中球1000以上

レジメン登録コード 外25
 レジメン審査部会承認日 2009.4.8