

診療科名: 外科

申請者名: _____

レジメン名称: BEV+FOLFOXIRI [大腸] (外来)

疾患名 (癌種): 大腸癌

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 ()

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(2)	day(3)	day()	day()	day()	day()	day()	day()	day(14)
1	パロセトロン点滴静注パッ0.75mg	1袋	点滴注射	30分かけて	●									
	デキサート 6.6mg	1瓶												
2	生理食塩液 100mL	1袋												
	ペバシズマブBS点滴静注	5mg/kg	点滴注射	(90分→60分→30分)	●									
3	5%ブドウ糖 250mL	1P	点滴注射	90分かけて	●									
	イリノテカン	165mg/m²												
4	5%ブドウ糖 250mL	1P	点滴注射	2時間かけて	●									
	レボホリナート	200mg/m²												
	オキサリプラチンと同時に投与													
5	5%ブドウ糖 250mL	1P	点滴注射	2時間かけて	●									
	オキサリプラチン	85mg/m²												
	レボホリナートと同時に投与													
6	生理食塩液 100mL	1P	点滴注射	46時間	● →	→	→ ●							
	フルオロウラシル注	3200mg/m²												
	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		●		●							

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	5mg/kg	
3	イリノテカン	165mg/m ²	
4	レボホリナート	200mg/m ²	
5	オキサリプラチン	85mg/m ²	
6	フルオロウラシル	3200mg/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】
好中球 ≥ 2000/mm ³ , 血小板 ≥ 10万/mm ³
T-Billが施設基準値上限以下、下痢がない

レジメン登録コード 外73

レジメン審査部会承認: 2017/06/23承認