

診療科名: 外科 _____

レジメン記入フォーマット

記入医師名: _____

レジメン名称: RAM+FOLFIRI [大腸] (外来)

疾患名 (癌種): 治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌 (二次治療以降)

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()
1	パロノセトロンバック0.75mg	1P	点滴注射	30分かけて	●									
	ボラミン注5mg	1A												
	デキサート注射液0.6mg	1V												
2	生理食塩液 100ml	1P	点滴注射	30分かけて	●									
3	生理食塩液250ml	1P	点滴注射	60分かけて	●									
	サイラムザ	8mg/kg	※忍容性あれが2回目以降は											
	全量として250mlとする			30分に短縮可能										
	インラインフィルターを使用													
4	生理食塩液50ml	1P	点滴注射	初回30分、2回目以降15分	●									
5	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												
6	5%ブドウ糖250ml	1P	点滴注射	90分かけて	●									
	イリノテカン	150mg/m²												
	レボホリナート注と同時に投与													
7	生理食塩液50ml	1P	点滴注射	全開投与	●									
	フルオロウラシル	400mg/m²												
	レボホリナート注終了後													
8	生理食塩液1000ml	1P	点滴注射	46時間	● → → ●									
	5-FU注(フルオロウラシル)	2400mg/m²												
	インフューザーポンプを使用、全量115mL													
9	生食シリンジ20ml	2A	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
3	サイラムザ	8mg/kg	
5	レボホリナート	200mg/m ²	
6	イリノテカン	150mg/m ²	
7	フルオロウラシル	400mg/m ²	
8	フルオロウラシル	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 なし、PD(増悪)まで

※この表にてオーダ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】
NEUT1500以上、PLT7.5万以上
高血圧: 症候性のGrade2、Grade3(収縮期160、拡張期100)に満たないこと
尿蛋白: 2g未満

レジメン登録コード 外75
 レジメン審査部会承認日 2017. 7.28 承認