

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: ENCO+BINI+CET(weekly)療法

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(BRAF遺伝子変異陽性)

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(7)								
1	生理食塩液	100mL	点滴注射	30分	●									
	デキサート注	6.6mg												
	ポララミン注	5mg												
2	生理食塩液	初回: 250mL 2回目以降: 100mL	点滴注射	初回2時間→2回目以降1時間	●									
	アービタックス注(セツキシマブ)	初回400mg/m ² 2回目以降250mg/m ²												
3	生理食塩液	100mL	点滴注射	アービタックス終了後に (経過観察用) 初回1時間→2回目以降30分	●									
①	ビラフトビ(エンコラフェニブ)	300mg/日		1日1回 内服	→									
②	メクトビ(ピニメチニブ)	90mg/日(1回 45mg)		1日2回 内服	→									

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	アービタックス注(セツキシマブ)	初回400mg/m ² 2回目以降250mg/m ²	
①	ビラフトビ(エンコラフェニブ)	300mg/日	
②	メクトビ(ピニメチニブ)	90mg/日(1回 45mg)	

インターバル日数 7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

【投与基準】
 好中球1500以上、ヘモグロビン 9.0g/dL以上、血小板10万以上
 CRE ≤ 1.5 × 基準値上限、またはCcr ≥ 50mL/min T-bil ≤ 1.5 × 基準値
 AST、ALT ≤ 2.5 × 基準値上限、肝転移有する場合は ≤ 5 × 基準値上限

レジメン登録コード 126-1
 レジメン審査部会承認日 2023/12/8