

治療審査委員会申請書類

患者ID : 0

患者氏名	0		生年月日			年齢	0	性別	0
診療科	区分		☐	階病棟	☐	外来	申請医師名		
診断名						Stage			Performance Status
告知内容									
治療方法	プロトコール名	FOLFIRI + Cetuximab						告知Grade	
投与計画	身長 0 cm 体重 0 kg 体表面積 0 m ²								
	血清クレアチニン ml/dl Cockcroft-Gault GFR(糸球体濾過率) 性別無し ml/min ※女性は0.85を掛けています								
	Day 1								
	① レスタミンコーワ錠 5T(50mg) アービタックス投与 30分前に								
	② デキサート(6.6mg) 1.5V + 生食100ml 200ml/hr								
	③ アービタックス 初回 0 mg (400mg/m ²) + 生食500ml 250ml/hr 2回目以降 0 mg (250mg/m ²) + 生食250ml 250ml/hr								
	④ 生食50ml アービタックスと同じ投与速度で(250ml/hr)								
	⑤ グラニセトロン3mg/バック 200ml/hr								
	⑥ イリノテカン 0 mg (150mg/m ²) + 5%糖液 250ml 125ml/hr								
	⑦ レボホリナート 0 mg (200mg/m ²) + 生食250ml ⑥と同時に 125ml/hr								
⑧ 5-FU 0 mg (400mg/m ²) + 生食50ml 全開で [フルオウラシル]									
⑨ 5-FU 0 mg (2400mg/m ²) + 生食 100 ml (全量100mlとする) 46hrかけて [フルオウラシル]									
初回セット処方 ヒルドイドフォーム 1缶 1日2回 患部に塗布 (アービタックスによる皮膚障害予防のため毎日塗布) ミノサイクリン錠100mg 1日2回 朝・夕食後 1回1錠 (アービタックスによる皮膚障害予防) 注)6週間を目途に予防投与。その後は症状みて休薬もしくは間欠投与可。肝障害や眩暈に注意。 ロコイドクリーム0.1%(5g/本) 5本 1日2回 患部に塗布 <症状発現時に使用;顔> 強さ;medium マイザー軟膏0.05%(5g/本) 10本 1日2回 患部に塗布 <症状発現時に使用;体> 強さ;very strong デルモゾールローション0.12% 2本 1日2回 患部に塗布 <症状発現時に使用;頭> 強さ;strong									
Day 8									
① レスタミンコーワ錠 5T(50mg) アービタックス投与 30分前に									
② アービタックス 0 mg (250mg/m ²) + 生食250ml 250ml/hr									
③ 生食50ml アービタックスと同じ投与速度で(250ml/hr)									
2週間1クールとする 投与開始日 年 月 日									
併用薬の確認	併用禁忌 : ティーエスワン 併用注意 : フェニトイン(フェニトインの血中濃度上昇)、ワルファリン(ワルファリンの作用増強によるINR延長に注意)								
B型肝炎check	HBs抗原 () ⇒ HBc抗体 (), HBs抗体 () ⇒ HBV核酸定量 0.9L.IU/ml ()								
予測される副作用と対処方針	infusion reaction Grade1~2:投与速度の減速、症状に応じNSAIDs、ステロイド投与など適切な処置を行なう Grade3以上:中止。症状に応じエトナリン、ステロイド投与や酸素吸入など適切な処置を行う								
	ざ瘡様皮疹 症状出現時、体幹:マイザー軟膏、顔:ロコイドクリーム、頭皮:デルモゾールローションを塗布 掻痒感が強いときにはフェキソフェナジン錠を検討								
	電解質異常 低血清Mg血症のモニタリング実施。他、電解質異常に注意する。								
	悪心・嘔吐 制吐剤を使用し緩和する								
	骨髄抑制 中止、減量、休薬をする。G-CSFの使用も考慮する								
	下痢(早発) 予防投与としてイリノテカン投与前にブスコパン注10~20mg/回、症状に応じてイリノテカン投与中又は終了後に追加する。(禁忌:緑内障・前立腺肥大による排尿障害 等)								
	下痢(遅発) 止瀉薬の使用検討。予防として半夏瀉心湯・排便コントロールや経口アルカリ化を行う								
備考	心臓障害 症状が重度の時は休薬、中止も含めた適切な処置を行う								
備考	持続フルオウラシルはインフューザーポンプSV2.5を使用								
採否	☐ 承認 ☐ 再検討 ☐ 不許可								

担当委員署名

許可決定日時 年 月 日 有効期限 年 月 日