

抗悪性腫瘍薬等レジメン登録用紙 兼 治療計画票

患者番号 _____

患者氏名 _____ 性別 _____

生年月日 _____

身長: _____ cm 体重: _____ kg

体表面積: _____ m²

*レジメンコード: - - *登録日: 年 月 日

申請日: _____

診療科: _____ 申請医師: _____

レジメン名:(大腸)CapeOX+Bmab(共通) _____

レジメン推奨グレード: _____

疾患名: 大腸癌

担当医: _____

病期: _____

再発・手術不能

レジメン開始予定日: 2020年8月1日

レジメン概要[1サイクル(休薬日を含む)のスケジュールを下に図示] 治療期間:()サイクル(未定の場合は記入しない)

制吐剤	1サイクル:21日	体表面積	カペシタビン(1回用量)
Bmab 7.5mg/kg		1.36m ² 未満	1200mg
-OHP 130mg/m ²		1.36-1.66m ²	1500mg
カペシタビン day1~14 1日2回朝夕内服(14日間連日経口内服)		1.66-1.95m ²	1800mg
		1.96m ² 以上	2100mg

前投薬(薬品名)		投与量	単位 (mg等)	手技・ ルート	投与速度 (mL/hr等)	備考 (内服薬の用法等)		
アロキシ0.75mg		1	袋	点滴静注	10分			
デキサート6.6mg		1	V					
Day	投与 順序	レジメン内容(薬品名)	基準値		投与量 (mg等)	手技・ ルート	投与速度(mL/hr等)	備考 (内服薬の用法等)
			下限値	上限値				
1	1	アロキシ0.75mg デキサート6.6mg	1	1	袋 V	点滴静注	10分	
	2	ベバシズマブ 生理食塩液	15	100	mg/kg mL	点滴静注	30~90分	初回90分、2回目60分 3回目以降30分に短縮可能
	3	オキサリプラチン 5%ブドウ糖250mL	130	250	mg/m ² mL	点滴静注	2時間	
1~14		カペシタビン錠				内服	朝夕	体表面積に応じて 投与量調節

フィルターについての記載	催吐リスク分類
輸液セット・カテーテルについての記載	中等度

注: 用紙が足りない場合は裏面を利用(裏面に記入例あり) *黄色の欄は薬剤部にて記入 *赤枠の欄はレジメン登録時記載不要
 山口大学医学部附属病院