

10G054_大腸_ERBITUX + FOLFIRI (リザーバー)

Cetuximab (Day 1・8) + I-LV (Day 1) + FU (Day 1) + CPT-11 (Day 1) 2週毎

◆ _____月_____日 (Day1) から _____コース実施。 (外来で実施 ・ 入院で実施)

Rp. 商品名	用量 [基準量]	投与方法	Day 0	1	2	3	4	5	6	7
1 ヘパリンNaロック100u/mLシリンジ	1 筒	iv / 導通確認		●						
						● Day 8				
2 生食注 (100mL) デカドロン注射液1.65mg ポララミン注5mg	1 瓶 6 A 1 A	メイン / 15min		●						
						● Day 8				
3 生食注 (50mL)	1 瓶	メイン / 15min		●						
						● Day 8				
4 生食注 (250mL) アービタックス注射液	※ _____ mg [初回 400mg/m2] _____ mg [2回目以降 250mg/m2]	メイン / 初回 2hr 2回目以降 1hr		○						
						○ Day 8				
5 生食注 (50mL)	1 瓶	メイン / ※1hr 経過観察		●						
						● Day 8				
						※初回は1時間。以後、医師の判断で30分に短縮可。				
6 グラニセトロン点滴3mgバッグ	1 袋	メイン / 15min		●						
7 ブドウ糖注 5% (250mL) レボホリナート注	1 袋 _____ mg [I-LV 200mg/m2]	メイン / 2hr CPT-11と同時		●						
8 ブドウ糖注 5% (250mL) イリノテカン塩酸塩注	1 袋 _____ mg [150mg/m2]	側管 / 2hr I-LVと同時		○						
9 生食注 (50mL) 5-FU注	1 瓶 _____ mg [400mg/m2]	メイン / 全開		○						
10 生食注 5-FU注	※1 _____ mg [2400mg/m2]	civ / 46hr		○						
11 ヘパリンNaロック100u/mLシリンジ	1 筒	iv / ヘパロック								
						● Day 3 / ● Day 8				

※1 5-FU注のリザーバー全量は薬剤部規定の希釈表に従うものとする。〈 注入時間:約46時間 〉

・ 皮膚障害対策として、あらかじめ”RASH対応セット”をオーダーしてください。