

I D : @PATIENTID @USERSECTION

氏名 : @PATIENTNAME

生年月日 : @PATIENTBIRTH2

性別 : @PATIENTSEXX

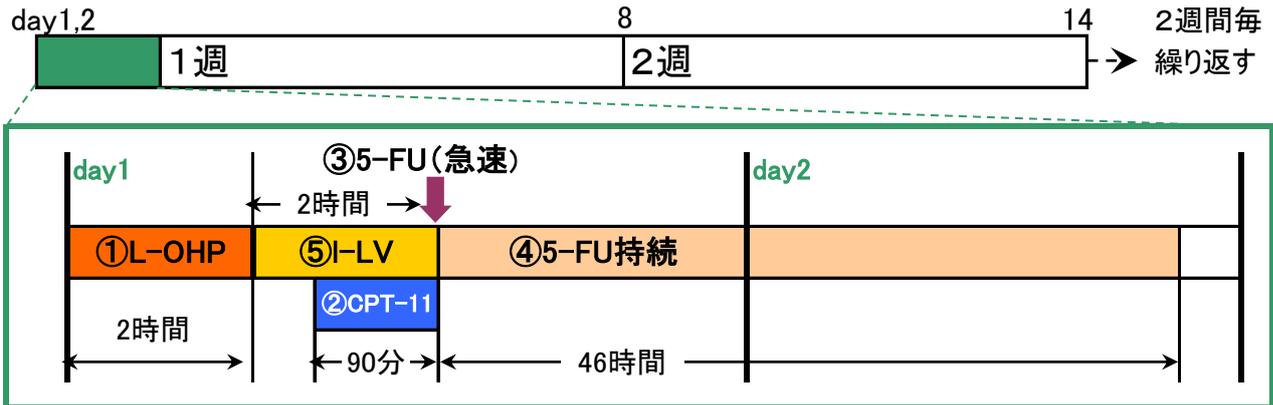
綾部市立病院 化学療法
標準プロトコル／治療計画書 [No.129]
当レジメンの2022年度実施状況: 0件

臍 FOLFIRINOX

<対象>

治癒切除不能な臍癌

<標準プロトコル>



day1 : イメンド125mg day2,3 : イメンド80mg (外来適用の場合、別途オーダーが必要)

<注意点>

- 適正使用にあたり、UGT1A1の遺伝子検査(検査期間7日)が必須です。
投与量設定時にはUGT1A1の検査結果を考慮して下さい。
- 別紙『臍癌に対するFOLFIRINOX療法施行にあたっての留意事項について』※に記載の禁忌・適用使用の目安、2サイクル以降の投与可能条件、減量基準、減量時の投与量、検査スケジュールを熟読の上施行して下さい。
※電子カルテ[文書参照]—「化学療法指示簿」—「胆臍」より印刷

<患者情報>

身長 \$HEIGHT01cm 体重 \$WEIGHT kg 体表面積 \$身体情報.体表面積 m² (DuBois式)

UGT1A1 -/- , -/*6 , -/*28 , *6/*6 , *28/*28 , *6/*28

<使用薬剤・投与量>

	Level 0	Level 1	Level 2	Level 3	
①オキサリプラチン	85mg/m ²	65mg/m ²	50mg/m ²	中止	⇒ mg
②イリノテカン	180mg/m ²	150mg/m ²	120mg/m ²	中止	⇒ mg
③フルオロウラシル(急速)	400mg/m ²	中止	—	—	⇒ mg
④フルオロウラシル(持続)	2,400mg/m ²	1,800mg/m ²	1,200mg/m ²	中止	⇒ mg
⑤レボホリナート	200mg/m ²	—	—	—	⇒ mg

<治療計画>

● 切除不能進行再発

開始 年 月 日 ~ 治療に対して不応または不耐まで

主治医

指導医

主治医の先生へ) 治療開始時に患者情報・治療計画を記入し、薬剤部まで提出してください。