

I D : @PATIENTID @USERSECTION

氏名 : @PATIENTNAME

生年月日 : @PATIENTBIRTH2

性別 : @PATIENTSEXX

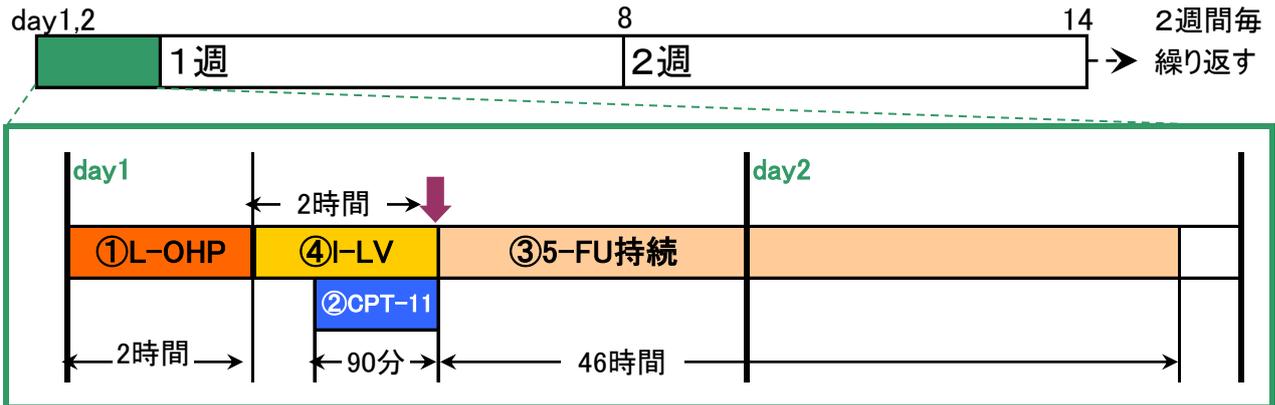
綾部市立病院 化学療法  
標準プロトコル／治療計画書 [No.198]  
当レジメンの2022年度実施状況: 19件

# 臍 mFOLFIRINOX

## <対象>

治療切除不能な臍癌

## <標準プロトコル>



## <注意点>

- 本レジメンは、「No.129 臍 FOLFIRINOX」を、bolus-Fu抜き、CPT-11 180mg/m<sup>2</sup>→150mg/m<sup>2</sup>としたものである
- 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]ー「化学療法指示簿」ー「胆臍」より印刷

## <患者情報>

身長 \$HEIGHT cm 体重 \$WEIGHT kg 体表面積 \$身体情報 m<sup>2</sup> (DuBois式)

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

## <使用薬剤・投与量>

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