

FOLFIRINOX 療法

患者番号： _____ 氏名： _____ 性別： _____
 生年月日： _____ 年齢： _____
 対象： 治療切除不能な膵癌
 薬液注入ルート： ポート 末梢点滴静注 CVライン
 開始年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 投与間隔： 2週を1クール
 体格： 身長 _____ cm 体重 _____ kg 体表面積 _____ m²
 使用薬剤：

- ① オキサリプラチン _____ mg (85mg/m²) (2時間点滴静注) day1
- ② イリノテカン _____ mg (180mg/m²) (2時間点滴静注) day1
- ③ レボホリナート _____ mg (200mg/m²) (2時間点滴静注) day1,
- ④ 5-FU _____ mg (400mg/m²) (15分間で静脈内急速投与) day1
- ⑤ 5-FU _____ mg (2400mg/m²) (46時間点滴静注) day1

遺伝子多型；

初回投与前に検査結果確認
 ※複合ヘテロ及びホモ
 では50%減量を考慮

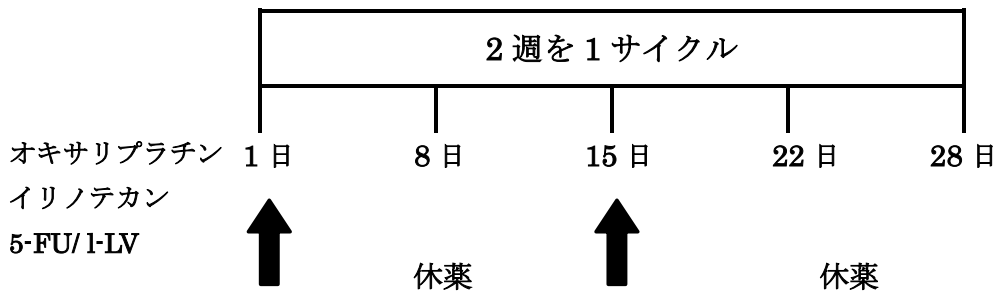
UGT1A1 遺伝子多型 (○をしてください)		*28		
		-/-	-/*28	*28/*28
*6	-/-	野生型	ヘテロ	ホモ
	-/*6	ヘテロ	複合ヘテロ	
	*6/*6	ホモ		

制吐薬 グラニセトロン注+デキサート注 9.9mg

イメンド内服 (3日間) +デカドロン内服 8mg 3日間

【処方が必要な内服薬】

イメンド (125) 1C グラニセトロン開始 30分前
 イメンド (80) 1C1×朝食後 2日分 (翌日開始)
 デカドロン錠 (4) 2錠2×朝食後 3日分 (翌日開始)
 マグミット 330mg 6錠3×毎食後 /3日間
 ウルテオキシコール酸錠 100mg 3錠3×毎食後 /3日間
 重曹錠 500mg 3錠3×毎食後 2時間 /3日間



HBs 抗原(+) → 消化器内科紹介

HBs 抗原(-) → HBs 抗体(-) and HBc 抗体(-)

HBs 抗体(+) and/or HBc 抗体(+)

HBV-DNA 定量(-) → 3ヵ月毎 定量

HBV-DNA 定量(+) → 消化器内科紹介

指示医師サイン _____