

|       |                          |        |     |
|-------|--------------------------|--------|-----|
| レジメン名 | (大腸癌) S I R + ベバシズマブ B S | 適応     | 大腸癌 |
|       |                          | 1クール日数 | 21日 |
|       |                          | 上限クール数 | なし  |

| 【注射】  |   | 投与量\day                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
|-------|---|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 《主管①》 | 生理食塩液【100】mL/瓶<br>キープ用<br>点滴注射  | 1 瓶                         | ● |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <側管①> | ■ベバシズマブ B S 点滴静注用(100/400)<br>生理食塩液【100】mL/瓶<br>90分かけて<br>初回の忍容性が良ければ、2回目以降は60分、<br>3回目以降は30分で投与可能。<br>抗癌剤点滴注射（薬剤調製）*45 | 7.5mg/kg<br>1 瓶             | ● |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <側管②> | 生理食塩液【50】mL/袋<br>フラッシュ用<br>アバスチンの後<br>点滴注射  | 1 袋                         | ● |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <側管③> | デキサート注射液【3.3】mg・1mL/管<br>デキサート注射液【1.65】mg・0.5mL/管<br>パロノセトロン点滴静注バッグ0.75mg・50mL/袋<br>15分かけて<br>点滴注射                      | 1 管<br>1 管<br>1 袋           | ● |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <側管④> | 生理食塩液【50】mL/袋<br>フラッシュ用<br>イリノテカンの前<br>点滴注射   | 1 袋                         | ● |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <側管⑤> | ■イリノテカン塩酸塩点滴静注液<br>(40/100)<br>テルモ糖注5% 500mL/袋<br>2時間かけて<br>抗癌剤点滴注射（薬剤調製）閉鎖式  | 150mg/m <sup>2</sup><br>1 袋 | ● |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <側管⑥> | 生理食塩液【50】mL/袋<br>フラッシュ用<br>イリノテカンの後<br>点滴注射   | 1 袋                         | ● |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

| 【内服】                                 |     | 投与量\day | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
|--------------------------------------|-----|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| アブリピタントカプセル 125mg<br>1日1回 点滴の60～90分前 | 1 筒 | ●       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| アブリピタントカプセル 80mg<br>1日1回 朝 食 後       | 1 筒 |         | ● | ● |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

| 【内服】                           |    | 投与量\day | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
|--------------------------------|----|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| ■エスワンタイホウ配合OD錠<br>1日2回 朝 夕 食 後 | mg |         |   |   |   |   |   | ● |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

| エスワン                                       |             |
|--|-------------|
| 体表面積                                       | 初回基準量       |
| ~1.25m <sup>2</sup> 未満                     | 40mg/回 (×2) |
| 1.25m <sup>2</sup> 以上~1.5m <sup>2</sup> 未満 | 50mg/回 (×2) |
| 1.5m <sup>2</sup> 以上~                      | 60mg/回 (×2) |

腸/化療/≤5h