

|       |                                       |        |     |
|-------|---------------------------------------|--------|-----|
| レジメン名 | (大腸癌) パニツムマブ+エスワン+イリノテカン 【P-mab+IRIS】 | 適応     | 大腸癌 |
|       |                                       | 1クール日数 | 28日 |
|       |                                       | 上限クール数 | なし  |

| 【注射】  | 投与量\day              | 1 | 7 | 8 | 14 | 15 | 21 | 22 | 28 |
|---|----------------------|---|---|---|----|----|----|----|----|
| <<主管①>><br>生理食塩液【100】mL/瓶<br>キープ用<br>点滴注射   | 1瓶                   | ● |   |   |    | ●  |    |    |    |
| <側管①><br><b>■ベクティビックス点滴静注用(100)</b><br>生理食塩液【100】mL/瓶<br>60分かけて<br>ベクティビックス投与後1時間経過観察(省略可)<br>抗癌剤点滴注射(薬剤調製)           | 6mg/kg<br>1瓶         | ● |   |   |    | ●  |    |    |    |
| <側管②><br>生理食塩液【50】mL/瓶<br>経過観察用(省略可)<br>フラッシュ用<br>点滴注射  | 1瓶                   | ● |   |   |    | ●  |    |    |    |
| フィルター付輸液セット   |                      | ● |   |   |    | ●  |    |    |    |
| <側管③><br>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>アロキシ静注 0.75mg・5mL/瓶<br>生理食塩液【100】mL/瓶<br>30分かけて<br>点滴注射 | 1管<br>1管<br>1管<br>1瓶 | ● |   |   |    | ●  |    |    |    |
| <側管④><br>生理食塩液【50】mL/瓶<br>フラッシュ用<br>点滴注射  | 1瓶                   | ● |   |   |    | ●  |    |    |    |
| <側管⑤><br><b>■イリノテカン塩酸塩点滴静注液「タイ林」(40/100)</b><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)                            | 125mg/m2<br>1袋       | ● |   |   |    | ●  |    |    |    |
| <側管⑥><br>生理食塩液【50】mL/瓶<br>フラッシュ用<br>点滴注射  | 1瓶                   | ● |   |   |    | ●  |    |    |    |

| 【内服】                                 |    | 1 | 2 | 3 | 7 | 8 | 14 | 15 | 16 | 17 | 21 | 22 | 28 |
|--------------------------------------|----|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| アプレピタントカプセル 125mg<br>1日1回 点滴の60~90分前 | 1錠 | ● |   |   |   |   |    | ●  |    |    |    |    |    |
| アプレピタントカプセル 80mg<br>1日1回 朝食後         | 1錠 |   | ● | ● |   |   |    |    | ●  | ●  |    |    |    |

| 投与量\day                            | 1      | 7 | 8 | 14 | 15 | 21 | 22 | 28 |  |
|------------------------------------|--------|---|---|----|----|----|----|----|--|
| <b>■エスワンタイホウ配合OD錠T</b><br>1日2回 朝食後 | ●————→ |   |   |    |    |    |    |    |  |

| エスワン             |            |
|------------------|------------|
| 体表面積             | 初回基準量      |
| ~1.25m2未満        | 40mg/回(×2) |
| 1.25m2以上~1.5m2未満 | 50mg/回(×2) |
| 1.5m2以上~         | 60mg/回(×2) |

腸/化療/≤5h