

がん化学療法レジメン登録票

新規レジメン登録の際にはプロトコールの提出が必須です
プロトコールがない場合は参考文献を提出してください

| | |
|----------|--|
| レジメン名 | GRAALL-2005/R |
| 診療科名 | 血液・腫瘍内科 |
| 診療科責任者名 | 末永孝生 |
| 適応がん種 | B-ALL |
| 保険適応外の使用 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

| がん治療ワーキンググループ使用欄 | |
|------------------|---------------------------------|
| 登録番号 | ALL-021 |
| 登録日・更新日 | 2019年6月25日登録 2023年12月26日改訂 |
| 削除日 | |
| 出典 | N Engl J Med 2016;375 1044-1053 |
| 入力者 | 伊勢崎竜也 |

投与順に記入(抗がん剤のみ)

| INDUCTION THERAPY Induction course | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------|---------------------------|---|------|-----------------------------------|
| | 薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名) 希釈液 | 規格 | 投与量算出式 | ルート | 投与時間 | 施行日 |
| No.1 | プレドニゾン (プレドニゾン錠「NPJ」) | 5mg | 60 mg/m ² /day | <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input checked="" type="checkbox"/> その他(内服) | 1回/日 | day1~14 |
| No.2 | ビンクリスチン (オンコピン注射用) | 1mg | 2 mg/body | <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他() | 10分 | Day 1, 8, 15, 22 |
| | 生理食塩液 | 100mL | | | | |
| No.3 | ダウノルビシン (ダウノマイシン静注用) | 20mg | 50 mg/m ² | <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他() | 10分 | Day 1 ~ 3 |
| | 生理食塩液 | 100mL | | | | |
| No.4 | ダウノルビシン (ダウノマイシン静注用) | 20mg | 30 mg/m ² | <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他() | 10分 | Day 15,16 |
| | 生理食塩液 | 100mL | | | | |
| No.5 | L-アスパラギナーゼ (ロイナーゼ注射用) | 5000IU | 6,000 IU/m ² | <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他() | 1時間 | Day 8, 10, 12, 20, 22, 24, 26, 28 |
| | 生理食塩液 | 500mL | | | | |
| No.6 | シクロホスファミド水和物 (注射用エンドキサン) | 100mg,500mg | 750 mg/m ² | <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他() | 3時間 | Day 1,15 |
| | 生理食塩液 | 500mL | | | | |

| | |
|------------|--|
| 1コースの期間 | 28 |
| 投与間隔の短縮規定 | <input type="checkbox"/> 短縮可能() ・ <input checked="" type="checkbox"/> 短縮不可能 |
| 計算後の投与量上限値 | 110% |
| 計算後の投与量下限値 | 50% |

| | |
|----------|---|
| 減量・中止基準 | 【開始基準】 WBC>3000/ μ L ・ALT<100U/mL ・Ccr \geq 60ml/min |
| 前投薬 | グラニセトロン3mg+デキサメタゾンNa |
| その他の注意事項 | ・L-アスパラギナーゼ初回投与時は皮内テストを実施する。 ・L-アスパラギナーゼ投与期間中は、定期的に腫瘍マーカー、AT-III、フィブリノーゲンの検査を実施する。 ・CNS involvement の場合、day8, 10,12のL-アスパラギナーゼは投与しない。 |

| | |
|-----|--------|
| 記入者 | 伊勢崎 竜也 |
| 確認者 | 寺尾 俊紀 |