

# 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ルの提出が必須です  
プロトコ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-027
登録日・更新日	2019年6月25日
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)

LATE INTENSIFICATION (if late CR):						
	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	イダルビシン (イダマイシン静注用) 生理食塩液	5mg 100mL	9 mg/m <sup>2</sup>	<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 1 ~ 3
No.2	シタラピン (シタラピン点滴静注液) 生理食塩液	20mg,40mg,400mg,1000mg 500mL	2,000 mg/m <sup>2</sup> /12h	<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( )	2時間	Day 1 ~ 4

1コースの期間	14日
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/ $\mu$ 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+アプレピタント
その他の注意事項	・眼症状の予防のために、副腎皮質ホルモン点眼剤(フルオロメトロン点眼液0.1%、ベタメタゾン点眼液0.1%等)を使用する。

記入者	伊勢崎 竜也
確認者	寺尾 俊紀