

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	FLU+CY+ATG with post-transplant CY
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	同種造血幹細胞移植における移植前処置
保険適応外の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

がん治療ワーキンググループ使用欄	
登録番号	Allo-014
登録日・更新日	2019年8月27日
削除日	
出典	Bone Marrow Transplantation (2015) 50, 685-689
入力者	伊勢崎 竜也

投与順に記入(抗がん剤のみ)

	薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名) 希釈液	規格	投与量算出式	投与経路	投与時間	施行日
No.1	フルダラビンリン酸エステル (フルダラ静注用) 生理食塩液	50 mg 100 mL	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()	30分	day -6 ~ -2
No.2	シクロホスファミド水和物 (エンドキサン注射用) 生理食塩液	100mg,500mg 500mL	14.5 mg/kg	<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 -6 ~ -5
No.3	抗ヒト胸腺細胞ウサギ免疫グロブリン (サイモグロブリン点滴静注用) 5%ブドウ糖液	25 mg 500mL	2.5 mg/kg	<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()	6時間	day -4 ~ -2 または day -8 ~ -6
No.4	シクロホスファミド水和物 (エンドキサン注射用) 生理食塩液	100mg,500mg 500mL	50 mg/kg	<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	day3, day4

1コースの期間	
投与間隔の短縮規定	<input type="checkbox"/> 短縮可能(日)・ <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】 Ccr>30mL/min
前投薬	抗5-HT3制吐剤+デキサメタゾン+アプレピタント
その他の注意事項	<VOD/SOS予防> ダルテパリン 75U/kg day-7~28 ウルソ 1回300mg 1日2-3回 po day-7~移植後3ヶ月まで <メスナ day -6, -5, 3, 4> シクロホスファミド1日量の40%相当量を1回量とし、1日3回(シクロホスファミド投与時、4時間後、8時間後)30分かけて点滴静注する。 ※1日総輸液量2000-3000mL/m ² →4000~5500mL/日(輸液は外液ベースとする、アルカリ化も考慮)、前日1500mL/日で補液する * HLA半合致移植(ハプロ移植)に限定する。

記入者	伊勢崎 竜也
確認者	成田 健太郎