

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	Ful + TBI 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-017
登録日・更新日	2020年10月27日
削除日	
出典	Bone Marrow Transplant. 2019 Mar;54(3):432-441. JSCT Haplo17 MAC protocol
入力者	湯山 聡

投与順に記入(抗がん剤のみ)

	薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名)	規格	投与量算出式	投与経路	投与時間	施行日
	希釈液					
No.1	フルダラビンリン酸エステル (フルダラ静注用)	50mg	30mg/m2	<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 ~ -4
	生理食塩液	100mL				
No.2	シクロホスファミド水和物 (エンドキサン注射用)	500mg	50mg/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
	生理食塩液	500mL				

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】 T-Bil \leq 2.0mg/dL、AST \leq 100U/L ALT \leq 150U/L CrCL \geq 30mL/min EF \geq 50%
前投薬	5-HT3受容体拮抗型制吐剤+デキサメタゾン
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 day3,4> 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。 ・全身放射線照射(TBI)の実施日はday-3 ~ -1 に12Gy/6frを推奨するが、day-6 から day 0 までの期間であれば可とする

記入者	湯山 聡
確認者	竹内 正美