

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	mFOLFOX(食道がん)
診療科名	腫瘍内科
診療科責任者名	大山 優
適応がん種	食道がん
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	Es-016
登録日・更新日	2019年12月24日
削除日	
出典	NCCNガイドライン食道癌2019 (J Clin Oncol 34:2736-2742.)
入力者	花澤 恵美

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	投与量算式	投与経路	投与時間	施行日
No.1	オキサリプラチン (オキサリプラチン点滴静注液) ブドウ糖液5%	50mg,100mg,200mg 250mL	85mg/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()	2時間	Day1
No.2	レボホリナートカルシウム (レボホリナート点滴静注用) ブドウ糖液5%	25mg,100mg 250mL	200mg/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()	2時間	Day1
No.3	フルオロウラシル (フルオロウラシル注) 生理食塩液	250mg,1000mg 50mL	400mg/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()	bolus	Day1
No.4	フルオロウラシル (フルオロウラシル注) 生理食塩液	250mg,1000mg 20mL,50mL	2400mg/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()	46時間	Day1

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(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	<p>【減量・中止基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・以下の場合は、次回投与量をL-OHP 65mg/m²、フルオロウラシル 20%減量とする ANC<500/μL、Plt<5万/μL、Grade3以上の消化器系有害事象のいずれか発現時 ・以下の場合は投与延期 ANC<1500/μL、Plt<7.5万/μL
前投薬	5-HT3受容体拮抗薬+デキサメタゾン+ファモチジン+クロルフェニラミン
その他の注意事項	

記入者	花澤 恵美
確認者	宮地 康僚