

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	RAM + nab-PTX
診療科名	腫瘍内科
診療科責任者名	大山 優
適応がん種	切除不能な進行・再発胃がん
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	Ga-041
登録日・更新日	2020年6月23日 登録 2020年12月21日 改訂
削除日	
出典	European Journal of Cancer 91 (2018) 86-91 サイラムザ点滴静注液添付文書(2020年11月改訂)
入力者	

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	ラムシルマブ(遺伝子組み換え) (サイラムザ点滴静注液)	100mg, 500mg	8mg/kg	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	60分 *1	day1、15
	生理食塩液	250mL				
No.2	パクリタキセル(アルブミン懸濁型) (アブラキサン点滴静注用)	100mg	100mg/m ²	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	30分	day1、8、15
	生理食塩液	100mL				

1コースの期間	28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	アブラキサン点滴静注用100mg 適正使用ガイド [胃癌]を参照
前投薬	デキサメタゾン(サイラムザ投与時はInfusion reaction予防としてファモチジン、クロルフェニラミンを追加)
その他の注意事項	<p>●サイラムザ</p> <ul style="list-style-type: none"> 本剤の調製には日局生理食塩液のみを使用すること。ブドウ糖溶液との配合を避けること。 本剤投与時には、蛋白質透過型のフィルター(0.2又は0.22ミクロン)を使用すること。 蛋白尿の測定は、月に1回は行う。 <p>*1 初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与時間は30分間まで短縮できる。</p> <p>●アブラキサン</p> <ul style="list-style-type: none"> 懸濁液の調製に当たっては、必ず生理食塩液を使用すること。 本剤投与時には、インラインフィルターは使用しないこと。

記入者	田中 慎
確認者	大山 優