

# 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	CBDCA + フルオロウラシル + Cmab (EXTREME regimen)
診療科名	腫瘍内科
診療科責任者名	大山 優
適応がん種	頭頸部癌
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	HN-020
登録日・更新日	2019年6月25日
削除日	
出典	Jan BV., et al. N Engl J Med 2008;359:1116-27.
入力者	田中 慎

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	セツキシマブ*1 (アービタックス注射液)	100 mg	400 mg/m <sup>2</sup> (初回)	<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( )	2時間 (初回)	Day 1
	生理食塩液	250 mL(初回)				
No.2	セツキシマブ*1 (アービタックス注射液)	100 mg	250 mg/m <sup>2</sup> (2回目以降)	<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( )	1時間 (2回目以降)	Day 8, 15
	生理食塩液	250 mL(2回目以降)				
No.3	カルボプラチン	450 mg, 150 mg, 50 mg	AUC 5	<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( )	1時間	Day 1
	生理食塩液	500 mL				
No.4	フルオロウラシル (フルオロウラシル注)	250mg, 1000 mg	1000 mg/m <sup>2</sup>	<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( )	24時間	Day 1-4
	生理食塩液	500 mL				

1コースの期間	21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>【中止・延期基準】</p> <p>WBC &lt; 2,000/μL ANC &lt; 1,000/μL Hb &lt; 8.0g/dL Plt &lt; 5万μL T-Bil &gt; 2.0mg/dL AST &gt; 100IU/L、ALT &gt; 100IU/L BUN &gt; 40mg/dL SCr &gt; 1.5mg/dL 上記以外でGrade3(CTCAEv5.0)以上の有害事象発現時</p>
前投薬	5-HT3受容体拮抗薬 + デキサメタゾン
その他の注意事項	*1 セツキシマブはシスプラチンの1時間前までに終了 ・カルボプラチンのハイドレーションは当院の標準化に従う

記入者	田中 慎
確認者	池 成基