

化学療法指示書

登録番号 102

PEM + ゲフィチニブ 3週毎 総投与コースはPDまで

| | | | | | |
|-----|----|----|----|------|----------------|
| ID: | | | | | |
| 氏名 | | | | 指示者 | |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 体表面積 | m ² |

・非小細胞肺癌

PEM(ペメトレキセド) 500mg/m² = ()mg/body day1
 Gefitinib(イレッサ) 250mg/day Day2-16

| 薬品名 | 薬品名 (商品名/略号) | 投与量 | 投与経路 | 投与時間 | 投与日 | 投与スケジュール |
|----------------------|------------------|----------------------|------|------|-------------|-----------------------|
| ペメトレキセド | アリムタ注射用(略号: PEM) | 500mg/m ² | 点滴静注 | 10分 | day1 | 3週毎 |
| ビタミン B ₁₂ | メチコパール500 μg/mL | 1000 μg | 筋注 | - | 抗癌剤投与開始の7日前 | 投与終了後22日目まで9週毎(3コース毎) |
| 葉酸 | 調剤用パンピタン末 | 1g | 経口 | - | 抗癌剤投与開始の7日前 | 投与終了後22日目まで毎日 1日1回 |
| ゲフィチニブ | イレッサ錠250 | 250mg | 経口 | - | day2~16 | 3週毎 |

Day2、Day3 デカドロン(4mg)2錠 朝食後内服

コース目 月 日(day 1)

生理食塩液100ml ルート確保・フラッシュ用

生理食塩液 100mL
 デキサート (6.6mg) 1 V

15分

生理食塩液 100mL
 ペメトレキセド ()mg

(総量100mLにする)

10分

◆ 嘔気時:(開始後28日目)まで適宜下記を投与

1) グラニセトロン注(3mg/50mL) 1袋 + エリーテン(10 mg) 1A 点滴静注(30分)
 (1日に2回まで)

2) 生食100 mL + デキサート(6.6mg) 1A + エリーテン(10 mg) 1A 点滴静注(60分)
 (1日に1回まで)

| | |
|------------------------|-----------------------------------|
| 投与コース数：PDまで | |
| 第1コースday1開始基準 | 第2コース以降day1開始基準 |
| PS:0-1 | PS:0-2 |
| WBC \geq 3000 | WBC \geq 3000またはNEU \geq 1500 |
| PLT \geq 100000 | PLT \geq 75000 |
| AST/ALT \leq 100 | AST/ALT \leq 100 |
| T-Bil \leq 1.5mg/dL | クレアチニン \leq 施設正常値上限以下 |
| クレアチニン \leq 1.2mg/dL | T-Bil \leq 1.5mg/dL |
| | 感染を伴う38 $^{\circ}$ C以上の発熱がない |
| | 間質性肺疾患ではない |
| | 発疹 \leq G2 |
| | その他非血液毒性(※を除く \leq G1) |

| | |
|---|-----------------------|
| PEM 第2コースの投与量減量基準 | |
| 前コースの血液毒性 | PEM |
| WBC $<$ 1000 | 500 \rightarrow 400 |
| NEU $<$ 500 | |
| PLT $<$ 20000 | |
| 発熱性好中球減少 G3以上の非血液毒性 (※と食欲不振・感染・脱毛を除く) | |

| | | |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| イレッサ減量基準 | | |
| 項目 | 減量1回目 | 減量2回目 |
| 発疹 \geq G3 (主治医判断でG2でも) | 2日に1回 1回250mg 1T 内服 | 3日に1回 1回250mg 1T 内服 |
| 下痢 \geq G2 | | |
| ASTまたはALT \geq 200 | | |
| 血液毒性 \geq G3 | | |
| 非血液毒性 \geq G3 | | |
| その他(主治医判断) | | |

| | |
|--------------------------|--|
| イレッサ休薬基準 | |
| AST/ALT \geq 100 | |
| T-BIL \geq 1.5mg/dL | |
| PS \geq 3 | |
| 間質性肺炎 \geq G1 | |
| 発疹 \geq G3 | |
| その他非血液毒性(※を除く) \geq G2 | |