

化学療法プロトコール

申請日： 令和 4年3月3日 申請医師： 木村 拓
 診療科： 外科 癌腫： 胃がん
 実施区分： 入外共通

管理番号	C020043	レジメン名： RAM+CPT-11
1コース期間	2週	総コース数

備考：
 ・投与開始後1時間はバイタルサインチェックする。特に開始10分以内は過敏症の発現に注意。・過敏症防止のため、必ず前投薬を実施する。・血管外漏出がないか確認する。
 ・イリノテカンによる早発性及び遅発性下痢に注意。

番号	薬剤名	基準投与量	投与量上限	規格	投与方法	投与スケジュール(day1等)
1	サイラムザ (ラムシルマブ)	8 mg/kg		自動	点滴	day1
2	イリノテカン	150 mg/m ²		自動	点滴	day1

備考：
 ・サイラムザ投与時は0.2μフィルター使用。

実施内容

<p>day1 注射 <1> 点滴 セイヨク(生食) 【100mL】 ●● 1 瓶 ☆プライミング・ウォッシュアウト用 <2> 点滴 パロセトロン点滴静注バッグ 0.75mg/50mL「タイプ」 1 袋 【H】 【6.6mg】 デキサト注射液 6.6mg/2mL 1 瓶 【H】 デキサト注射液 3.3mg/1mL 1 A ホラム注5mg (1mL) 1 A ☆15分で点滴 <3> 点滴 サイラムザ (ラムシルマブ) 8 mg/kg 生理食塩液 250mL 1 袋 ☆60分で点滴 ★全量250mLに調整：サイラムザ使用分の生食を除去 ★フィルター付き点滴セット使用 <4> 点滴 セイヨク(生食) <50mL> ◆ 1 瓶 ★5分で点滴 ★スパイク使用 <5> 点滴 イリノテカン 150 mg/m² 生理食塩液 250mL 1 袋 ☆90分で点滴</p>	
---	--