

がん化学療 レジメン登録申請書

申請科部長	申請受付	薬局長	化療委員長

レジメン名 パニツムマブ
(FOLFIRI/FOLFOX併用)

【申請年月日】 2025年4月1日

【申請科】 外科

【申請者名】

【適応腫瘍名】 治癒切除不能進行再発大腸がん
EGFR陽性/RAS野生型

【投与期間】 (投与間隔・回数)

2週1クール(1投1休)

※太線・太枠内を記入し、提出をお願いします。

	薬剤名	投与量	投与 経路	点滴時間 速度	投与日程						
					day1	day2-14					
Rp1.	パニツムマブ注	6mg/kg 100mL※	d.i.v	60分※	↓	off					
	生理食塩水										
Rp2.	生理食塩水	20mL	側管 i.v	フラッシュ	↓	off					
Rp3.											
Rp4.											

コメント・参考文献

EGFR陽性/RAS野生型にのみ有効性あり。

※1000mg/回を超える投与量の場合はtotal150mL以上になるように希釈し90分かけて点滴。

フィルター必須・オキサリプラチンもしくはイリノテカンの前に投与

Infusion Reaction対策の前投薬は原則不要、類薬もしくは本剤でのInfusion Reaction既往がある場合にはクロルフェニラミンやデキサメタゾン、アセトアミノフェンなどの前投薬を検討する。

皮膚障害への予防的治療として、以下をレジメン開始時より処方とする。

・ミノサイクリン100mg 1日2回 朝夕食後 (治療当日～6週間が目安)

・ヘパリン類似物質ローション 1日2回 (治療当日～)

・ヒドロコルチゾン酪酸エステル軟膏 1日2回 顔 (皮疹発現時～)

・ジフルプレドナート軟膏 1日2回 顔以外 (皮疹発現時～)

ファイルリング済	プロトコール登録	セット登録済	指導箋作成