

# ～UFT/UZEL 処方チェックポイント～

## ①レジメンに応じた適正使用の確認

⇒・体表面積→患者へ身長・体重を確認して計算して下さい。

結腸がん・直腸がんに対して

4週間内服 1週間休薬 食事前後の1時間を避けて内服

◎ユーエフティーの投与量

300mg/m<sup>2</sup>を基準とする。

等分割できない場合は以下の表を参考とする。

体表面積	初回基準量
1.17m <sup>2</sup> 未満	300mg(100-100-100)/日
1.17m <sup>2</sup> 以上～1.49m <sup>2</sup> 以下	400mg(200-100-100)/日
1.50m <sup>2</sup> 以上～1.83m <sup>2</sup> 以下	500mg(200-200-100)/日
1.83m <sup>2</sup> 超	600mg(200-200-200)/日

ユーゼルは一律75mg/日

- ・骨髄機能(Hb、WBC、St、Seg、Plt)
- ・肝機能(T-Bil、AST、ALT)
- ・腎機能(CRE)

⇒問い合わせ基準に該当する項目があり、医師による投与基準量・前回投与量からの減量休薬の対応がない場合、疑義照会をお願いします。

## ◎問い合わせ基準(メーカーの適正使用基準をもとに作成)

※問い合わせ基準は減量・休薬の目安であり、患者の状態や発現時期などを考慮して対応を決定します。

### 【初回投与時】

	検査項目	問い合わせ基準
骨髄機能	ヘマトクリット Hb(g/dL)	9.0未満
	白血球 WBC(10 <sup>2</sup> /μ)	30未満
	好中球 WBC×(St+Seg)(/μ)	1500未満
	血小板 Plt(10 <sup>4</sup> /μ)	10未満
肝機能	総ビリルビン T-Bil(mg/dl)	1.5以上
	AST (U/l)	100以上
	ALT (U/l)	100以上
腎	CRE (mg/gL)	1.5以上

### 【2クール目以降】

	検査項目	問い合わせ基準
骨髄機能	ヘマトクリット Hb(g/dL)	8.0未満
	白血球 WBC(10 <sup>2</sup> /μ)	20未満
	好中球 WBC×(St+Seg)(/μ)	1000未満
	血小板 Plt(10 <sup>4</sup> /μ)	7.5未満
肝機能	総ビリルビン T-Bil(mg/dl)	2.5超
	AST (U/l)	150以上
	ALT (U/l)	150以上
腎	CRE (mg/gL)	1.8超

## ②併用薬のワーファリン・フェニトインの有無

⇒フローチャート参照

## ③B型肝炎ウイルス感染検査

⇒フローチャート参照