

# セツキシマブ+CapeOX(カペシタビン+オキサリプラチン)療法 (セツキシマブ+CAPOX, XELOX)(アービタックス+ゼローダ+エルプラット)

様

コース目

☺ **お薬の名前と治療のスケジュール**(副作用の状況を考慮して、抗がん剤の影響が強く残っていると考えられる場合は、次回の治療開始を延期することがあります。)

| 薬の名前  | 作用              | めやすの時間  | 1日目 | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 10   | 11   | 12   | 13   | 14   | 15   | 16   | 17   | 18   | 19   | 20   | 21   | 1日目  |   |
|---|-----------------|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
|   |                 |         | 1/1 | 1/2 | 1/3 | 1/4 | 1/5 | 1/6 | 1/7 | 1/8 | 1/9 | 1/10 | 1/11 | 1/12 | 1/13 | 1/14 | 1/15 | 1/16 | 1/17 | 1/18 | 1/19 | 1/20 | 1/21 | 1/22 |   |
| パロノセトロン(アロキシ)<br>デキサメタゾン(デキサート)<br>クロルフェニラミン(ポララミン) | 過敏症や吐き気を抑えるお薬です | 15分     | ☺   |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | ☺ |
| セツキシマブ(アービタックス)                                     | 抗がん剤です          | 120→60分 | ☺   |     |     |     |     |     |     | ☺   |     |      |      |      |      |      | ☺    |      |      |      |      |      |      |      | ☺ |
| 生理食塩液   | 経過観察            | 60分     | ☺   |     |     |     |     |     |     | ☺   |     |      |      |      |      |      | ☺    |      |      |      |      |      |      |      | ☺ |
| オキサリプラチン(エルプラット)                                    | 抗がん剤です          | 120分    | ☺   |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | ☺ |
| カペシタビン(ゼローダ)  | 抗がん剤です          | 朝・夕 内服  | ☺   | ☺   | ☺   | ☺   | ☺   | ☺   | ☺   | ☺   | ☺   | ☺    | ☺    | ☺    | ☺    | ☺    | ☺    |      |      |      |      |      |      |      | ☺ |

1回錠

## ☺ 治療による副作用

注意が必要な時期

|      |                 | 1日目 | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 10   | 11   | 12   | 13   | 14   | 15   | 16   | 17   | 18   | 19   | 20   | 21   | 1日目  |  |  |
|------|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|--|
|      |                 | 1/1 | 1/2 | 1/3 | 1/4 | 1/5 | 1/6 | 1/7 | 1/8 | 1/9 | 1/10 | 1/11 | 1/12 | 1/13 | 1/14 | 1/15 | 1/16 | 1/17 | 1/18 | 1/19 | 1/20 | 1/21 | 1/22 |  |  |
| 自覚症状 | 過敏症             |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |  |
|      | 食欲不振・吐き気        |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |  |
|      | 手足のしびれ          |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |  |
|      | 口内炎             |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |  |
|      | 下痢              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |  |
|      | 手足症候群           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |  |
|      | 色素沈着            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |  |
|      | 脱毛(頭髪・まつ毛・眉毛など) |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |  |
| 検査値  | 白血球減少           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |  |
|      | 赤血球減少(貧血)       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |  |
|      | 血小板減少           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |  |
|      | 肝機能低下           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |  |



- \* 注射の針を刺している部分に違和感や浮腫、痛みなどがありましたら、すぐにお知らせください。
- \* 上の表は治療のスケジュールや副作用が出やすい時期の目安を示したものです。必ずこの通りになるとは限りません。
- \* それぞれの副作用に対して、必要に応じてお薬を使うこともあります。
- \* 何か気になる症状が出たり、お聞きになりたいことなどありましたら、気軽に医師・看護師・薬剤師にお尋ねください。