

mFOLFIRINOX

# โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... Drug allergy.....  
 HN..... AN..... หอผู้ป่วย.....  
 สิทธิการรักษา  สปสช.  ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ  อื่นๆ.....  
 BW.....kg Ht.....cm ECOG.....  
 BSA = (BW x Ht/3600)<sup>1/2</sup> = .....m<sup>2</sup>  
 CBC: Hb.....g/dl Hct.....% WBC...../μ ANC...../μl Plt...../μl

## mFOLFIRINOX

BW.....kg Ht.....cm BSA .....m<sup>2</sup>  
 CYCLE ที่..... วันที่ให้ยา.....

### Premedication 30 min before chemotherapy

- Ondansetron 8 mg IV push (Day1)
- Dexamethasone 10 mg in NSS 50 ml IV drip free flow (Day1)
- Atropine 0.3 mg SC (Day1)

### Chemotherapy

- Oxaliplatin.....mg (85 mg/m<sup>2</sup>) in D5W 250 ml IV drip in 2 hr (Day1)  
(Flush IV line with D5W before oxaliplatin Infusion) (After C6 prolong infusion time to 3 hr)
- Leucovorin.....mg (400 mg/m<sup>2</sup>) in D5W 250 ml IV drip in 2 hr (Day1) (เริ่มให้พร้อม Oxaliplatin)
- Irinotecan ..... mg (150 mg/m<sup>2</sup>) in D5W 250 ml IV drip in 2 hr (Day1)  
Atropine 0.3 mg SC PRN ทุก 1-2 ชั่วโมง if patient has diarrhea, abdominal cramps, tearing during day1 of irinotecan infusion
- 5-FU.....mg (400 mg/m<sup>2</sup>) in NSS 100 ml IV drip in 10 min (Day1)
- 5-FU.....mg (1200 mg/m<sup>2</sup>) in NSS 1000 ml IV drip in 23 hr x 2 day (Day1 and Day 2)

### Home Medication

- Ondansetron(4) 2 tab po ac OD day 2-4 #6
- Dexamethasone(4) 1 tab po pc OD day 2-4 #3
- Lorazepam (1) 1 tab PO hs prn for insomnia #10
- Metoclopramide(10) 1 tab po prn q 8 hr for nausea/vomiting #10
- Senokot 2 tabs po hs prn for constipation #20
- Loperamide 2 caps po stat and prn q 2 hr if diarrhea after day1 of irinotecan infusion #20

ถ้าผู้ป่วยมี sign of anaphylaxis  
 -หยุดยาทันที สังเกตอาการและ V/S จนกลับมาเป็นปกติ notify แพทย์รับทราบ

แพทย์.....  
 ๗. ....

For One Day		For Continuation	
วันที่/ เวลา	Orders	วันที่/ เวลา	Orders
.....	<p style="text-align: center;"><b>mFOLFIRINOX</b></p> <p>- Admit ward.....</p> <p>- Lab</p> <p><input type="checkbox"/>CBC <input type="checkbox"/>UA <input type="checkbox"/>BUN <input type="checkbox"/>Cr <input type="checkbox"/>LFT</p> <p><input type="checkbox"/>Electrolyte</p> <p><input type="checkbox"/>CXR PA <input type="checkbox"/>CEA <input type="checkbox"/>Others .....</p> <p>- ส่ง Daycare for CMT ให้ยาวันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> D/C ได้หลังได้รับยาเคมีบำบัด</p> <p>F/U OPD วันที่.....</p> <p>พร้อม lab.....</p> <p>.....</p>		<p><input type="checkbox"/> Regular Diet</p> <p><input type="checkbox"/> Low salt Diet</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes Diet</p> <p>- Record V/S as usual</p> <p><b>Medication</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Low bacterial diet (งดผักสดและผลไม้)</li> <li>● หลีกเลี่ยงการรับประทานหรือสัมผัสของเย็น</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Ondansetron 8 mg IV prn 8 hr for breakthrough nausea/vomiting x 3 day</p> <p><input type="checkbox"/> Lorazepam (1) 1 tab PO hs prn for insomnia</p> <p><input type="checkbox"/> Dexamethasone 1 tab PO OD pc day.....</p> <p><input type="checkbox"/> Senokot 2 tabs po hs prn for constipation</p> <p><input type="checkbox"/> Loperamide 2 caps po stat and prn q 2 hr if diarrhea <u>after day1</u> of irinotecan infusion</p>
<b>Progress Note (3วันแรกและทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง)</b>			
วันที่...../...../.....เวลา.....น	วันที่...../...../.....เวลา.....น		
S&O: .....	S&O: .....		
.....	.....		
A: .....	A: .....		
.....	.....		
P: .....	P: .....		
.....	.....		
แพทย์.....ว.....	แพทย์.....ว.....		
ชื่อผู้ป่วย	อายุ	แพทย์	HN. AN.
สิทธิ	เตียง/ห้อง	Ward	ID