

NO <b>1036</b>		レジメン名		<b>PTX(Weekly)(6投1休)</b>								
病棟	患者番号	氏名	癌種	ステージ	PS	クール数	指示医師名					
			年齢	身長	体重	体表面積	GFR(血清ルアチン値)					
			歳	cm	kg	m <sup>2</sup>	ml/min (mg/dl)					
【適応がん種】食道がん				PTX	CCr補正	GOT補正	T-Bil補正					
1・パクリタキセル 100 mg/m <sup>2</sup> DAY1. 8. 15. 22. 29. 36				-	-	-	-					
★アルコール含有説明要				WBC基準			HGB基準	PLT基準				
49日(7週)1クール				-	-	-	-					
				【病状】			1 全て説明している					
							2 病名は説明しているが、詳しい病状については説明していない					
							3 未告知である					
							【治療】					
							1 抗癌剤による治療・予防と説明					
							2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明					
							3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明					
							4 薬に関しては説明していない					
							平成20年7月1日 改訂					
NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法							
①	レスタミンコーワ5錠	内服	(前投与 オーダー不要)		②デキサートと同時に内服							
②	デキサート 6.6mg		1.5 本	★生食50mL	①レスタミンコーワと同時に15分で点滴							
	ファモチジン20mg		1 本									
③	グラニセトロン「NK」1mg		1 本	生食100mL	②デキサート終了後～30分で点滴							
④	パクリタキセルNK( )mg	100mg	本	▲5%ブドウ糖250mL	③グラニセトロン終了後～1時間で点滴							
		30mg	本									
⑤	生食50mL		1 本		④パクリタキセルNK終了後～全開で点滴							
【看護師注意事項】○点滴セットはPVCフリー												
★13万円/28日1クール				★1時間45分			201801申請					
月日	指示			指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①～⑤			DAY1								
	①～⑤			DAY8								
	①～⑤			DAY15								
	①～⑤			DAY22								
	①～⑤			DAY29								
	①～⑤			DAY36								