

NO 1051		レジメン名		RAM-DTX						
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(血清クレアチニン値)				
		歳	cm	kg	m <sup>2</sup>	ml/min (mg/dl)				
【適応がん種】 NSCLC		RAM/DTX		CCr補正	GOT補正	T-Bil補正	【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			
1・ラムシルマブ 10 mg/kg DAY1				-	-	-				
2・ドセタキセル 60 mg/m <sup>2</sup> DAY1				-	-	-				
21日(3週)1クール				-	-	-				
NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与方法					
①	デキサメタゾン 6.6mg グラニセトロン 1mg ネオレスタール		1 本 1 本 1 本	★生食50mL	30分で点滴					
②	サイラムザ ( )mg	500mg 100mg	本 本	生食250mL	①終了後～ 1時間で点滴					
③	生食100mL		1 本	infusion reaction発現の確認のため1C目まで観察期間として実施。発現無ければ2C目から省略可能。生食によるフラッシュは必要。生食50mL全開。	②終了後～					
④	ドセタキセル ( )mg	80mg 20mg	本 本	▲5%ブドウ糖250mL	③終了後～ 1時間で点滴					
⑤	生食50mL		1 本		④終了後～ 全開で点滴					
【1. 原則禁忌】 ●脳転移患者(脳出血のおそれ) 【2. 投与前必須検査】 ●投与前・後に血圧測定 BP180/120を超える場合は主治医へ報告 ●アバチン検査セット(●血液算定●T-Bil●GOT●GPT●ALP●ALB●Scr●CRP●尿蛋白測定●PT-INR●APTT●フィブリノーゲン●D-ダイマー) 【3. 投与可能条件】 ●WBC3000以上(好中球1500以上)●HGB9g以上●PLT100000以上●T-Bil施設の基準値1.5倍以下 ●GOT/GPT/ALP基準値の2.5倍以下(肝転移を有する場合は5倍以下)●血清クレアチニン値基準値の1.5倍以下 【4. 減量方法】 ●白血球1000未満(好中球500未満)●血小板数50000未満●消化器系グレードⅢ以上の有害事象 上記のいずれかを認めた場合約20%程度減量考慮										
【医師注意事項】 □浮腫または嘔気強い場合はデカドロン(0.5mg)8錠 投与を考慮										
【看護師注意事項】 ○点滴セットはPVCフリー使用										
202205作成										
月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①②③④⑤	DAY1								
サイラムザ投与 リスク患者: 1)消化管など腹腔内の炎症を合併(消化管穿孔のおそれ) 2)大きな手術の術創が治癒していない(創傷治癒遅延による合併症) 3)先天性出血素因、凝固系異常のある患者(出血のおそれ)4)抗凝固剤投与中の患者(出血のおそれ) 5)血栓塞栓既往患者(心筋梗塞、脳梗塞、深部静脈血栓症、肺塞栓症のおそれ)6)高血圧患者(悪化のおそれ) 7)高齢者(重大な副作用が現れやすい)8)妊婦、授乳婦(動物実験で催奇形性、授乳中に移行)										