

NO **2038** レジメン名 **ソリス【維持期】**

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 ²	ml/min (mg/dl)	

【適応がん種】発作性夜間ヘモグロビン尿症 1・エクリズマブ 900 mg/body 2週間毎 導入期は→ 600 mg/body 1週間毎に4回 (別レジメン) 以降は維持療法	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16年4月1日 改訂
	-	-	-	
	WBC基準	HGB基準	PLT基準	

NO 薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
① ソリス()mg	300mg	本	生食250mL を使用 5mg/mLに調整	45分で点滴

ソリス900mgの場合;生食90mLで全量180mL

★ソリス1本24万円				★45分								200807更新
月日	指示			指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①	DAY1										
	①	DAY__										
	①	DAY__										
	①	DAY__										
	①	DAY__										
	①	DAY__										
	①	DAY__										
	①	DAY__										
	①	DAY__										
	①	DAY__										
	①	DAY__										
	①	DAY__										