

NO	4003	レジメン名	PTX (weekly)				
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】MK・MMK	PTX	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・パクリタキセル 80 mg/m ² DAY1. 8. 15		-	-	-	
減量 70					
減量 60					
★アルコール含有説明要		WBC基準	HGB基準	PLT基準	
28日(4週)1クール					

NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
①	レスタミンコーワ錠5錠	内服	(前投与 オーダー不要)		②と同時に内服
②	デキサメタゾン 6.6mg		1.5 本	★生食50mL	①と同時に
	ファモチジン20mg		1 本		15分で点滴
③	グラニセトロン 1mg		1 本	生食100mL	②デキサメタゾン終了後～ 30分で点滴
④	パクリタキセル ()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パクリタキセル終了後～ 全開で点滴

【看護師注意事項】
○点滴セットはJMS社製JY-PFC341F7を使用

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									
	①②③④⑤ DAY8									
	①②③④⑤ DAY15									