外来 ・ 入院　　指示日;　　年　　月　　日

NO	4006	レジメン名	RAM-PTX

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	㎡	ml/min (mg/dl)

【適応がん種】 MK　　RAM-PAC

1　RAM(ラムシルマブ)　サイラムザ　DAY1. 15
　　8 mg/kg

2　パクリタキセル　80 mg/㎡　DAY1. 8. 15

★アルコール含有説明要

28日(4週)1クール

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

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 ファモチジン20mg		1.5 本 1 本	★生食50mL	①と同時に 15分で点滴
③	グラニセトロン 1mg		1 本	生食100mL	②終了後～ 30分で点滴
④	サイラムザ (　　)mg	500mg 100mg	本 本	生食250mL	③終了後～ 1時間で点滴
⑤	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。	④終了後～
⑥	パクリタキセル (　　)mg	100mg 30mg	本 本	▲5%ブドウ糖250mL	⑤終了後～ 1時間で点滴
⑦	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
●アバスチン検査セット(●血液算定●T－Bil●GOT●GPT●ALP●ALB●Scr●CRP●尿蛋白測定●PT－INR●APTT●フィビリノーゲン●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

【看護師注意事項】
○点滴セットはPVCフリー使用

2022201改訂

月日			指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
			①②③④⑤⑥⑦ DAY1									
			①②③　⑥⑦ DAY8									
			①②③④⑤⑥⑦ DAY15									

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)

次クール予定日【　　】