

| | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|-------------|--------------|----------------------|--------------------|-------------------|--|----|----|----|----|----|
| NO 4062-1 | | レジメン名 | | Cmab-CPT-11 【初回用】 | | | | | | | | |
| 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】 Colon K | | Cmab/CPT-11 | | 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10月30日 | | | | | |
| 1・アービタックス 400 mg/m ² DAY1 | | | | - | - | - | | | | | | |
| 250 mg/m ² DAY8, 15, 22, 29, 36, 43 | | | | 60~ | - | - | | | | | | |
| 2・イリノテカン 150 mg/m ² DAY1, 15, 29 | | | | | | | | | | | | |
| ★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要 | | | | WBC基準 | HGB基準 | PLT基準 | | | | | | |
| 49日(7週)1クール | | | | 3000 | - | 100000 | | | | | | |
| 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) | 内服 | | | | | | | | |
| ② | 生食50mL | 1 本 | | 全開で点滴 | | | | | | | | |
| ③ | アービタックス()mg | 100mg | 本 | ▲生食250mL | レスタミンコーワ内服後～【下記参照】 | | | | | | | |
| ④ | 生食50mL | 1 本 | | アービタックス終了後～30分で点滴 | | | | | | | | |
| ⑤ | パロノセトロンバック | 1 本 | | 全開で点滴 | | | | | | | | |
| ⑥ | デキサメタゾン 6.6mg | 1 本 | ★生食50mL | 主・15分で点滴 | | | | | | | | |
| | ブスコパン | 1 本 | | | | | | | | | | |
| ⑦ | イリノテカン()mg | 100mg | 本 | デキサメタゾン終了後～1時間30分で点滴 | | | | | | | | |
| | | 40mg | | | | | | 本 | | | | |
| ⑧ | 生食50mL | 1 本 | | イリノテカン終了後～全開で点滴 | | | | | | | | |
| 202201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 |
| | ①②③④⑤⑥⑦⑧ DAY1 | | | | | | | | | | | |
| | ①②③④ DAY8 | | | | | | | | | | | |
| | ①②③④⑤⑥⑦⑧ DAY15 | | | | | | | | | | | |
| | ①②③④ DAY22 | | | | | | | | | | | |
| | ①②③④⑤⑥⑦⑧ DAY29 | | | | | | | | | | | |
| | ①②③④ DAY36 | | | | | | | | | | | |
| | ①②③④ DAY43 | | | | | | | | | | | |

| |
|---|
| 備考 |
| <p>【投与可能条件】 ①白血球3000以上 ②血小板10万以上 ③水様下痢を認めない ④感染を疑わせる38℃以上の発熱が無い ⑤食欲不振以外のグレードⅡ以上の非血液毒性が無い ⑥回復しない皮膚症状がない ⑦低Mg血症・電解質異常を認めない</p> |
| <p>アービタックス【Day1】投与時の点滴速度 0～30分……………40mL/時間 30～1時間30分……………100mL/時間 1時間30分～終了時……200mL/時間</p> |
| <p>アービタックス【Day8】投与時の点滴速度 0～60分……………100mL/時間 60分～終了時……………200mL/時間</p> |
| <p>アービタックス【Day15以降】投与時は総量を1時間で点滴</p> |
| <p>【看護師注意点】 <input type="checkbox"/> アービタックス投与開始～終了後1時間程度はバイタルチェック行う <input type="checkbox"/> インヒュージョン・リアクション発症時は一旦投与中止し、速やかに主治医へ報告する <input type="checkbox"/> アービタックスは強く振らない</p> |