

NO 4062-2 レジメン名		Cmab-CPT-11 【2回目以降用】										
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	250 mg/m ²	DAY1. 8. 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～1時間で投与							
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	生食500mL	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>【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>