

NO **4065** レジメン名 **Cmab単剤【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(血清ルアチン値)	
歳	cm	kg	m <sup>2</sup>	ml/min (mg/dl)	

【適応がん種】Colon K 1・アービタックス(初回) <b>400 mg/m<sup>2</sup> DAY1</b>	Cmab	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21年8月12日 登録
		-	-	-	
		WBC基準	HGB基準	PLT基準	
		-	-	-	
		T-Bil	Scr	GOT/GPT/ALP	
		-	-	-	

★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要

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)		②デキサメタゾンと同時に内服
②	デキサメタゾン 6.6mg ファモチジン20mg	2 本 1 本	★生食50mL	①レスタミンコーワと同時に15分で点滴
③	アービタックス( )mg	100mg 本	▲生食250mL	②デキサメタゾン終了後～【下記参照】
④	生食100mL	1 本		③アービタックス終了後～1時間で点滴

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

【看護師注意点】  
 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  
 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  
 アービタックスは強く振らない

【注意事項】  
 DAY8以降、Cmab単剤はNO466使用  
 DAY8以降、Cmab-FOLFIRIはNO464使用  
 DAY8以降、Cmab-CPT11はNO462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
	①②③④	DAY1								

202201更新