外来 ・ 入院　　指示日;　　年　　月　　日

NO 4084	レジメン名	BV+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	㎡	ml/min (mg/dl)

【適応がん種】MMK進行・再発　　PTX/BV

1・パクリタキセル　90 mg/㎡　DAY1. 8. 15

減量　65 mg/㎡　grade3の血液毒性，肝毒性が認められた場合に考慮

2・ベバシズマブ　10 mg/kg　DAY1. 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
–	–	–
–	–	–

Neu基準	HGB基準	PLT基準
1500	–	100000

【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22年2月2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		1.5 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
⑥アバスチン( )mg	400mg	本	生食100mL	⑤生食終了後～1時間30分で点滴
	100mg	本		
⑦生食50mL		1 本		⑥アバスチン終了後～全開で投与

【1. 原則禁忌】
●脳転移患者(脳出血のおそれ)，喀血(2.5mL以上の鮮血)既往患者

【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
●ベバシズマブ検査セット(●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ーダイマー)

【看護師注意事項】○点滴セットはJMS社製JY－PFC341F7を使用

202201更新

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									
			①②③④⑤	DAY8									
			①②③④⑤⑥⑦	DAY15									

次クール予定日【　　】