

NO **4115** レジメン名 **Cmab+ビラフトビ(+メクトビ)【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/ビラフトビ/メクトビ	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
1・アービタックス(初回) 400 mg/m ² DAY1	250 mg/m ² DAY8.15.22	-	-	-	
2・ビラフトビ 300 mg/body DAY1~28					
3・メクトビ 90 mg/body DAY1~28					
★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要 28日(4週)1クール		WBC基準	HGB基準	PLT基準	
		T-Bil	Scr	GOT/GPT/ALP	

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		2 本	★生食50mL	①レスタミンコーワと同時に15分で点滴
	ファモチジン20mg		1 本		
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
⑤	生食50mL		1 本		③アービタックス終了後～30分で点滴

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

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

アービタックス【Day15】投与時は総量を1時間で点滴

【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

											202201更新	
月日	指示			指示医	受け	監査	払い	払監	調製	評監	前確	実施
	①	②	③④	DAY1								
	①	③	⑤	DAY8								
	①	③	⑤	DAY15								
	①	③	⑤	DAY22								