NO **4116** レジメン名 **Cmab+ビラフトビ(+メクトビ)【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	㎡	ml/min (mg/dl)

【適応がん種】Colon K　　Cmab/ﾋﾞﾗﾌﾄﾋﾞ/ﾒｸﾄﾋﾞ

1・アービタックス　250 mg/㎡　DAY1.8.15.22

2・ﾋﾞﾗﾌﾄﾋﾞ　300 mg/body　DAY1～28

3・ﾒｸﾄﾋﾞ　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

CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
–	–	–

WBC基準	HGB基準	PLT基準
–	–	–
T-Bil	Scr	GOT/GPT/ALP
–		–

【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

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	アービタックス(　　)mg	100mg	本	▲生食250mL	①レスタミンコーワ内服後～1時間で点滴
③	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【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

【投与可能条件】
①回復しない皮膚症状がない
②低Mg血症・電解質異常を認めない

202201更新

月日			指示		指示医	受け	監査	払い	払監	調製	鑑監	前確	実施
			①②③	DAY1									
			①②③	DAY8									
			①②③	DAY15									
			①②③	DAY22									