

NO 6048		レジメン名 レミケード(ソルメドロールあり)	
病棟 患者番号 氏名	癌種	ステージ	PS
	年齢	身長	体重
	歳	cm	kg
			体表面積
			m ²
			GFR(血清クレアチニン値)
			ml/min
			(mg/dl)
【適応】①リウマチ ②クローン ③ベーチェットによる網膜ぶどう膜炎 ④乾癬 ⑤中等症～重症の潰瘍性大腸炎		CCr補正	GOT補正
①レミケード 3 mg/kg リウマチ(10mg/kg/8weekまで可)		-	-
②レミケード 5 mg/kg クローン(10mg/kg/8weekまで可)			
③レミケード 5 mg/kg ベーチェットによる網膜ぶどう膜炎			
④レミケード 5 mg/kg 乾癬			
⑤レミケード 5 mg/kg 中等症～重症の潰瘍性大腸炎			
初回投与後、2週、6週に投与し、以後8週間の間隔で投与			
★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要		WBC基準	HGB基準
★ソルメドロールの前投与の有無はリスク・ベネフィットを考慮する		-	-
		PLT基準	
		-	-
平成20年1月4日 改訂			
NO 薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)
①ソルメドロール	40mg	本	生食50mL
	125mg	本	
②レミケード()mg	100mg	本	▲生食250mL
③生食50mL		1 本	
【点滴速度】初回～3回目まで		アレルギーなどの問題ない症例での	
0～30分……………40mL/時間		4回目以降の点滴速度(5mg/kgまでの場合)	
30～60分……………80mL/時間		投与開始～250mL/時間で1時間点滴	
60分～終了時………160mL/時間			
【看護師注意事項】			
○点滴セットはJMS社製JY-PFC341F7を使用			
○レミケード100mg チェックリスト(別紙)を使用 ☆Infusion reaction の報告あり。十分な観察が必要。			
202201更新			
指示医 受け 監査 払い 払監 調製 調監 前確 実施			
月日	指示		
	①②③	DAY1	