

NO <b>6049</b>		レジメン名 <b>レミケード(前投薬なし)</b>	
病棟 患者番号 氏名	癌種	ステージ	PS
年齢	身長	体重	体表面積
歳	cm	kg	m <sup>2</sup>
【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		T-Bil補正	
★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		-	-
NO 薬品1		規格	本数
①レミケード( )mg		100mg	本
②生食50mL			1 本
【点滴速度】初回～3回目まで		アレルギ－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。			
月日		指示	
		① DAY1	

平成20年1月4日 改訂

202201更新

指示医 受け 監査 払い 払監 調製 調監 前確 実施