

<b>NO</b>	<b>6050</b>	<b>レジメン名</b>	<b>レミケード(ポララミンあり)</b>			
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)
		<b>歳</b>	<b>cm</b>	<b>kg</b>	<b>m<sup>2</sup></b>	ml/min (mg/dl)
<b>【適応】</b> 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 ①レミケード <b>3 mg/kg</b> リウマチ(10mg/kg/8weekまで可) ②レミケード <b>5 mg/kg</b> クローン(10mg/kg/8weekまで可) ③レミケード <b>5 mg/kg</b> ベーチェットによる網膜ぶどう膜炎 ④レミケード <b>5 mg/kg</b> 乾癬 ⑤レミケード <b>5 mg/kg</b> 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 ★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				CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
				-	-	-
				WBC基準	HGB基準	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)	時間・投与法	
	① ポララミン錠2mg		<b>2錠</b>		レミケード投与前に	
	② レミケード( )mg	100mg	<b>本</b>	▲生食250mL	<u>既定の点滴速度で!!</u> (2時間以上かけて)	
	③ 生食50mL		<b>1本</b>		レミケード終了後～ 全開で点滴	
<b>【点滴速度】</b> 初回～3回目まで 0～30分……………40mL/時間 30～60分……………80mL/時間 60分～終了時………160mL/時間				アレルギーなどの問題ない症例での 4回目以降の点滴速度(5mg/kgまでの場合) 投与開始～250mL/時間で1時間点滴		
<b>【看護師注意事項】</b> ○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						
月日	指示		指示医 受け 監査 払い 払監 調製 調監 前確 実施			
			<b>①②③</b>	<b>DAY1</b>		