

NO 6050		レジメン名		レミケード(ポララミンあり)								
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】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 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 ★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	平成20年1月4日 改訂					
				-	-	-						
				-	-	-						
				WBC基準	HGB基準	PLT基準						
				-	-	-						
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		2錠		レミケード投与前に								
② レミケード()mg	100mg	本		▲生食250mL	既定の点滴速度で!! (2時間以上かけて)							
③ 生食50mL		1本			レミケード終了後～ 全開で点滴							
【点滴速度】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								
【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												
月日	指示			指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
			①②③	DAY1								