

NO 6051		レジメン名		アクテムラ								
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】 ①リウマチ,若年性特発性関節炎(JIA) ②s-JIA,キヤッスルマン病 トシリズマブ 8 mg/kg ① 4週間の投与間隔。 ② 2週間の投与間隔。症状により1週間の投与間隔まで短縮可能。 ★ TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要				CCr補正	GOT補正	T-Bil補正	平成21年3月25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 アクテムラ()mg		80mg	本	生食100mL		既定の点滴速度で！！						
		200mg	本									
② 生食50mL			1 本			アクテムラ終了後～ 全開で点滴						
【点滴速度】 0～15分……………10mL/時間 15～30分……………80mL/時間 30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 ○アクテムラ チェックリスト(別紙)を使用												
202001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
			①②	DAY1								
			①②									
			①②									
			①②									
			①②									
			①②									
			①②									
			①②									
			①②									