NO 6054　レジメン名

ステラーラ点滴静注

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】 クローン病・潰瘍性大腸炎

1　ステラーラ　DAY1

260mg　55kg以下

390mg　55kgを超える85kg以下

520mg　85kgを超える

本剤初回投与の8週後、皮下注用製剤へ切り替え

★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
–	–	–

56日（8週）1クール　初回のみ。以降皮下注製剤を使用

NO	薬品1	規格	本数		薬品2（規格本数）	時間・投与法
①	ステラーラ（上記参照）	260mg	2	本	▲生食250mL	1時間以上かけて （全量250mLに調整）
		390mg	3			
		520mg	4			
②	生食50mL		1	本		ステラーラ終了後～ 全開で点滴

【看護師注意事項】
○点滴セットはJMS社製JY－PFC341F7を使用
☆Infusion reaction の報告あり。十分な観察が必要。

202011作成

月日			指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
			①　DAY1									