

NO 7010-1 レジメン名 **Cmab-FP (初回用)【裏面あり】**

| 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 <sup>2</sup> | ml/min (mg/dl) |    |      |       |

|   |              |        |        |             |  |
|---|--------------|--------|--------|-------------|--|
| 【適応がん種】頭頸部がん                            | CTX/5FU/CDDP | CCr補正  | GOT補正  | T-Bil補正     | 【病状】<br>1 全て説明している<br>2 病名は説明しているが、詳しい病状については説明していない<br>3 未告知である<br>【治療】<br>1 抗癌剤による治療・予防と説明<br>2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明<br>3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明<br>4 薬に関しては説明していない<br>平成21年8月12日 登録 |
| 1・セツキシマブ 400 mg/m <sup>2</sup> DAY1     |              | -      | -      | -           |  |
| 250 mg/m <sup>2</sup> DAY8.15           |              |        |        |             |  |
| 2・フルオウラシル 1000 mg/m <sup>2</sup> DAY1~4 |              | 60~30禁 | 180~ND | 3.1~禁5.1    |  |
| 3・シスプラチン 100 mg/m <sup>2</sup> DAY1     |              | 30~    | -      | 禁5.1        |  |
|   |              | WBC基準  | HGB基準  | PLT基準       |  |
|   |              | -      | -      | -           |  |
|   |              | T-Bil  | Scr    | GOT/GPT/ALP |  |
|   |              | -      | -      | -           |  |
| ★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要<br>21日(3週)1クール       |              |        |        |             |  |

| NO | 薬品1             | 規格                     | 本数    | 薬品2(規格本数)   | 時間・投与法                |
|----|-----------------|------------------------|-------|-------------|-----------------------|
| ①  | レスタミンコーワ5錠      | 内服 (前投与 オーダー不要)        |       |             | 内服                    |
| ②  | アービタックス( )mg    | 100mg                  | 本     | ▲生食250mL    | ①内服後~<br>裏面参照         |
| ③  | アプレピタント125mg    | 内服(day2~3は80mgを午前中に内服) |       |             | アービタックス終了後            |
| ④  | パロノセトロンパック      |                        | 1 本   |             | ③内服後~全開で              |
| ⑤  | デキサメタゾン 6.6mg   |                        | 1.5 本 |             |                       |
| ⑤  | アスパラギン酸カリウム     |                        | 2 本   | デノサリン500mL  | 1時間で点滴                |
|    | 硫酸マグネシウム        |                        | 1 本   |             |                       |
| ⑥  | マンニトール 300mL    |                        | 1 本   |             | デノサリン終了後~<br>30分で点滴   |
| ⑦  | シスプラチン( )mg     | 50mg                   | 本     | 【生食250mL】   | マンニトール終了後~<br>1時間で点滴  |
|    |                 | 10mg                   | 本     |             |                       |
| ⑧  | ヴィーンF500mL      |                        | 1 本   |             | シスプラチン終了後~<br>1時間で点滴  |
| ⑨  | ヴィーンF500mL      |                        | 1 本   |             | ヴィーンF終了後~<br>1時間で点滴   |
| ⑩  | デノサリン500mL      |                        | 1 本   |             | ヴィーンF終了後~<br>1時間で点滴   |
| ⑪  | デキサメタゾン 6.6mg   |                        | 1 本   | 生食50mL      | 全開で点滴                 |
| ⑫  | フルオウラシル 持続( )mg | 1000mg                 | 本     | 5%ブドウ糖500mL | 24時間持続点滴<br>輸液ポンプ使用！！ |
|    |                 | 250mg                  | 本     |             |                       |
| ⑬  | 生食50mL          |                        | 1 本   |             | 治療薬終了後~<br>全開で点滴      |

20220108訂

| 月日 | 指示           | 指示医 | 受け | 監査 | 払い | 払監 | 調製 | 調監 | 前確 | 実施 |
|----|--------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|    | ① ~ ⑩ ⑫ DAY1 |     |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    | ③ ⑪⑫ DAY2    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    | ③ ⑪⑫ DAY3    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    | ⑪⑫⑬ DAY4     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    | ①② ⑬ DAY8    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    | ①② ⑬ DAY15   |     |    |    |    |    |    |    |    |    |

|   |
|---|
| アービタックス【Day1】投与時の点滴速度<br>0～30分……………40mL/時間<br>30～1時間30分……………100mL/時間<br>1時間30分～終了時……200mL/時間  |
| アービタックス【Day8】投与時の点滴速度<br>0～60分……………100mL/時間<br>60分～終了時……………200mL/時間   |
| アービタックス【Day15】投与時は総量を1時間で点滴   |
| 【看護師注意点】<br><input type="checkbox"/> アービタックス投与開始～終了後1時間程度はバイタルチェック行う<br><input type="checkbox"/> インヒュージョン・リアクション発症時は一旦投与中止し、速やかに主治医へ報告する<br><input type="checkbox"/> アービタックスは強く振らない |