

NO 7011-2 レジメン名 Cmab-WeeklyPTX (毎週)〔初回用〕

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)		

【適応がん種】頭頸部がん	Cmab/PTX	CCr補正	GOT補正	T-Bil補正	【病状】 1 全て説明している 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 3 未告知である 【治療】 1 抗癌剤による治療・予防と説明 2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明 3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明 4 薬に関しては説明していない
1・アービタックス 400 mg/m ² DAY1		-	-	-	
250 mg/m ² DAY8, 15, 22		-	-	-	
2・パクリタキセル 80 mg/m ² DAY1, 8, 15, 22					
★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要		WBC基準	HGB基準	PLT基準	
28日(4週)1クール		3000	-	100000	

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	レスタミンコーワ内服後～ 【裏面参照】
③	デキサメタゾン 6.6mg ファモチジン注射用20mg		1.5 本 1 本	★生食50mL	アービタックス終了後～ 15分で点滴
④	グラニセトロン 1mg		1 本	生食100mL	デキサメタゾン終了後～ 30分で点滴
⑤	パクリタキセル()mg	100mg 30mg	本 本	▲5%ブドウ糖250mL	グラニセトロン終了後～ 1時間で点滴
⑥	生食50mL		1 本		パクリタキセル終了後～ 全開で点滴

月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①②③④⑤⑥	DAY1								
	①②③④⑤⑥	DAY8								
	①②③④⑤⑥	DAY15								
	①②③④⑤⑥	DAY22								

アービタックス【Day1】投与時の点滴速度
 0～30分.....40mL/時間
 30～1時間30分.....100mL/時間
 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
 0～60分.....100mL/時間
 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】
- 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
 - 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
 - アービタックスは強く振らない