

NO 7011-4 レジメン名 Cmab-WeeklyPTX (毎週) [2回目以降]									
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・アービタックス 250 mg/m ² DAY1. 8. 15. 22				-	-	-	1 全て説明している		
2・パクリタキセル 80 mg/m ² DAY1. 8. 15. 22				-	-	-	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		
★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			
202201改訂									
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					
【看護師注意点】									
<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 <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 <input type="checkbox"/> アービタックスは強く振らない									