

外来・入院

指示日: 年 月 日

NO 4090 レジメン名		Pmab-sLV5FU2										
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(血清クリアチニン値)				
		歳		cm		kg		m²	ml/min (mg/dl)			
【適応がん種】Colon K		BV/I-LV/I-OHP/5FU/5FU		CCr補正	GOT補正	T-Bil補正	【病状】					
1・ベクティビックス	6 mg/kg	DAY1	-	-	-	-	1 全て説明している					
2・レボホリナート	100 mg/m ²	DAY1. 2	-	-	-	-	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					
4・フルオロウラシル Bolus	400 mg/m ²	DAY1. 2	30~	-	禁5.1		3 未告知である					
5・フルオロウラシル 持続	600 mg/m ²	DAY1. 2	30~	-	禁5.1		【治療】					
			WBC基準	HGB基準	PLT基準		1 抗癌剤による治療・予防と説明					
			3000	9	100000		2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明					
			T-Bil	Scr	GOT/GPT/ALP		3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明					
			施設基準値の1.5倍以下			2.5倍以下	4 薬に関しては説明していない 平成20年7月1日 改訂					
14日(2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デキサメタゾン 6.6mg グラニセトロン「NK」1mg(day1のみ)	1 本	★生食50mL				15分で点滴						
②ベクティビックス()mg	400mg 100mg	本	生食100mL			①デキサメタゾン終了後～ 1時間30分で点滴						
③生食50mL		1 本				②ベクティビックス終了後～ 全開で投与						
④レボホリナート ()mg 「オーハラ」	100mg 25mg	本	▲5%ブドウ糖250mL			③生食フラッシュ後～ 2時間で点滴						
⑤フルオロウラシル Bolus()mg	1000mg	本	★5%ブドウ糖50mL			④レボホリナート終了後～ 全開で投与						
⑥フルオロウラシル 持続()mg	1000mg	本	5%ブドウ糖500mL			⑤フルオロウラシル Bolus終了後～ 22時間で持続点滴 ポンプ使用！！						
⑦生食50mL		1 本				⑥フルオロウラシル終了後～ 全開で点滴						
【医師注意点;投与可能条件】												
□FOLFOX4(No.441)とパニツムマブ単剤(No.473)の注意事項を参照してください。												
【看護師注意点】												
□ベクティビックスは強く振らない・インラインフィルター付輸液セット(PVCフリー)を使用する												
□インヒュージョン・リアクション発症時は一旦投与を中止し、速やかに主治医へ報告する												
14日間/14日1クール												
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								
	① ④⑤⑥⑦			DAY2								
13日間以上 間隔をあける！！												
月日	指示			指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①②③④⑤⑥⑦			DAY1								
	① ④⑤⑥⑦			DAY2								
13日間以上 間隔をあける！！												

次クール予定日【 】