

NO **4088** レジメン名 **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(血清クレアチニン値)	
歳	cm	kg	m ²	ml/min (mg/dl)	

【適応がん種 Colon K -LV/1-OHP/5FU/5FU	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 平成20年7月1日 改訂
1・レボホリナート 100 mg/m ² DAY1. 2	-	-	-	
2・フルオウラシル Bolus 400 mg/m ² DAY1. 2	30~	-	禁5.1	
3・フルオウラシル 持続 600 mg/m ² DAY1. 2	30~	-	禁5.1	
14日(2週)1クール (便宜上指示書は2クール分)	Ne基準	HGB基準	PLT基準	
	1500	-	75000	

NC 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 1 本	★5%ブドウ糖50mL	15分で点滴
② レボホリナート ()mg 「オーハラ」	100mg 25mg	本 本	▲5%ブドウ糖250mL	①デキサメタゾン終了後～ 2時間で点滴
③ フルオウラシル Bolus ()mg	1000mg	本	★5%ブドウ糖50mL	②終了後～ 全開で投与
④ フルオウラシル 持続 ()mg	1000mg	本	5%ブドウ糖500mL	③フルオウラシル Bolus終了後～ 主・22時間で持続点滴 ポンプ使用！！
⑤ 生食50mL		1 本		⑤フルオウラシル終了後～ 全開で点滴

【投与可能条件】
①好中球1500以上 ②血小板75000以上

★9万円/14日1クール ★48時間40分 200807更新

月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①②③④ DAY1									
	①②③④⑤ 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
	①②③④ DAY1									
	①②③④⑤ 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
	①②③④ DAY1									
	①②③④⑤ DAY2									

13日間以上 間隔をあける！！