外来 ・ 入院　　指示日;　　年　　月　　日

NO	4059	レジメン名	アブラキサン/GEM

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	㎡	ml/min (mg/dl)

【適応がん種】PK

1・アブラキサン　125 mg/㎡　DAY1. 8. 15
　1段階減量　100 mg/㎡
　2段階減量　75 mg/㎡

2・ゲムシタビン　1000 mg/㎡　DAY1. 8. 15

28日(4週)1クール

CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
–	–	–

WBC基準	HGB基準	PLT基準
2000	–	70000

【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

NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
①	アロキシバック		1 本		全開で点滴
②	デキサート 6.6mg		1 本	生食50mL	15分で点滴
③	アブラキサン(　　)mg	100mg	本	生食　　mL (100mgあたり20mL) (生食50mL使用)	デキサート終了後～ 30分で点滴
④	生食50mL		1 本		③ｱﾌﾞﾗｷｻﾝ終了後～ 全開で点滴
⑤	ゲムシタビン(　　)mg	1000mg	本	5%糖液100mL (※生食で血管痛あり)	④生食終了後～ 必ず30分で点滴
		200mg	本		
⑥	生食50mL		1 本		⑤ｹﾞﾑｼﾀﾋﾞﾝ終了後～ 全開で点滴

【看護師注意点】
□禁止！！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)を使用しない！

【薬剤師注意点】
調整後、血液製剤伝票に①販売名、②ロット番号、③使用年月日、④患者氏名を記載し、薬剤科にて保管

★約75分　201407登録

月日			指示		指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
			①～⑥	DAY1									
			①～⑥	DAY8									
			①～⑥	DAY15									
			休薬	DAY22									

次クール予定日【　　】