

NO <b>4085</b>		レジメン名 <b>FP(肛門がん)【裏面あり】</b>	
病棟 患者番号 氏名	癌種	ステージ	PS
年齢	身長	体重	体表面積
歳	cm	kg	m <sup>2</sup>
【適応がん種】肛門がん		5FU/CDDP	CCr補正 GOT補正 T-Bil補正
1・フルオウラシル	1000 mg/m <sup>2</sup>	DAY1~5	30~ - 禁5.1
2・シスプラチン	100 mg/m <sup>2</sup>	DAY2	60~禁30 180~ 3.1~禁5.1
28日(4週)1クール		WBC基準	HGB基準 PLT基準
21~28日(3~4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フルオウラシル( )mg	1000mg	本	ソルデム3A500mL 主・24時間持続点滴ポンプ使用！！
②イメンド125mg内服			
③アロキシバック		1本	イメンド内服後～全開
④デキサメタゾン 6.6mg アスパラギン酸カリウム 硫酸マグネシウム		1.5本 2本 1本	デノサリン500mL 1時間で点滴
⑤マンニトール 300mL		1本	デキサート終了後～30分で点滴
⑥シスプラチン( )mg	50mg	本	【生食250mL】 マンニトール終了後～1時間で点滴
	25mg	本	
	10mg	本	
⑦ヴィーンF500mL		1本	シスプラチン終了後～1時間で点滴
⑧ヴィーンF500mL		1本	ヴィーンF終了後～1時間で点滴
⑨デノサリン500mL		1本	ヴィーンF終了後～1時間で点滴
⑩生食50mL		1本	①フルオウラシル持続終了後～主・全開で点滴
★5万円/21~28日1クール		★120時間	
月日	指示	指示医	受け 監査 払い 払監 調製 調監 前確 実施
	①	DAY1	
	①~⑨	DAY2	
	①	DAY3	
	①	DAY4	
	①	⑩ DAY5	

医師指示表			
月日	指示事項	指示者名	受領者名
	シスプラチン投与日 1日2回 尿量測定	↓	
	①レジメンの点滴開始からの5時間 ②その後の5時間		
	↓		
	CDDP当日……………上記5時間の尿量が500mL以下の場合ラシックス40mg1錠内服		

★院内セットメニュー 【Chemo 4085】						
	DAY 3~5(CDDP翌日から内服)			↓		
	デカドロン(0.5mg)	16錠	毎食後(朝6-昼6-夕4)			3日分
	イメンド(80mg)	1Cap	朝食後			2日分
	吐気時(必要に応じて処方)					
	プリンペラン錠	1回2錠	10回分(1日3回まで)			