

NO **9023** レジメン名 **DOC/PSL【5クール分】**

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】ホルモン抵抗性前立腺K	DOC/PSL	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10月8日 登録
1・ドセタキセル 70 mg/m ² DAY1	-	-	-		
2・プレドニン(5) 2錠/BODY DAY1~21 (継続投与)	-	-	-		
★アルコール含有説明要	Ne基準	HGB基準	PLT基準		
21日(3週)1クール	2000	-	-		

1 ドセタキセル 70 mg/m ² × m ² = mg	mg/BODY
2 プレドニン(5) 2錠/BODY	錠/BODY

NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
①	グラニセトロン「NK」1mg デキサメタゾン 6.6mg		1本 1本	生食50mL	15分で点滴
②	ドセタキセル()mg (ワンタキソテール)	80mg 20mg	本 本	▲5%ブドウ糖250mL	①グラニセトロン終了後~ 1時間で点滴
③	生食50mL		1本		②ドセタキセル終了後~ 全開で点滴

④ プレドニン(5) 2錠 分2(朝・昼食後 1-1-0) 21日分(処方箋で投薬)

★13万円/21日1クール				★1時間30分				200810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	
	①~④		DAY1								

↓ □投与量変更時は記入して下さい

月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①~④ □do ()mg									

↓ □投与量変更時は記入して下さい

月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①~④ □do ()mg									

↓ □投与量変更時は記入して下さい

月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①~④ □do ()mg									

↓ □投与量変更時は記入して下さい

月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①~④ □do ()mg									