

NO 7011-2 レジメン名		Cmab-WeeklyPAC(毎週)[初回用]										
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】頭頸部がん		Cmab/PAC			CCr補正	GOT補正	T-Bil補正	【病状】				
1・アービタックス	400 mg/m ²	DAY1			-	-	-	1 全て説明している				
	250 mg/m ²	DAY8, 15, 22			-	-	-	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				
2・パクリタキセル	80 mg/m ²	DAY1, 8, 15, 22						3 未告知である				
★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要								【治療】				
28日(4週)1クール					WBC基準	HGB基準	PLT基準	1 抗癌剤による治療・予防と説明				
					3000	-	100000	2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明				
NO 薬品1		規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法							
① レスタミンコーワ5錠		内服 (前投与 オーダー不要)			内服							
②	アービタックス()mg	100mg	本	▲生食250mL	レスタミンコーワ内服後～ 【裏面参照】							
③	デキサート 6.6mg		1.5 本	★生食50mL	アービタックス終了後～ 15分で点滴							
	ファモチジン注射用20mg		1 本									
④	グラニセトロン「NK」1mg		1 本	生食100mL	デキサート終了後～ 30分で点滴							
⑤	パクリタキセルNK()mg	100mg	本	▲5%ブドウ糖250mL	グラニセトロン終了後～ 1時間で点滴							
		30mg	本									
⑥	生食50mL		1 本		パクリタキセルNK終了後～ 全開で点滴							
★28日1クール				★2時間45分				2019.7				
月日	指示			指示医	受け	監査	払い	私監	調製	調監	前確	実施
	①②③④⑤⑥			DAY1								
	①②③④⑤⑥			DAY8								
	①②③④⑤⑥			DAY15								
	①②③④⑤⑥			DAY22								

アービタックス【Day1】投与時の点滴速度
0～30分……………40mL/時間
30～1時間30分……………100mL/時間
1時間30分～終了時……200mL/時間
アービタックス【Day8】投与時の点滴速度
0～60分……………100mL/時間
60分～終了時……………200mL/時間
アービタックス【Day15】投与時は総量を1時間で点滴
【看護師注意点】
<input type="checkbox"/> アービタックス投与開始～終了後1時間程度はバイタルチェック行う
<input type="checkbox"/> インヒュージョン・リアクション発症時は一旦投与中止し、速やかに主治医へ報告する
<input type="checkbox"/> アービタックスは強く振らない
検査; DAY1はアービタックスケモ前採血を考慮すること