

<b>NO 7011-3 レジメン名 Cmab-WeeklyPAC(3投1休)[2回目以降]</b>												
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 <sup>2</sup>	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 250 mg/m <sup>2</sup> DAY1. 8. 15. 22				-	-	-	1 全て説明している					
2・パクリタキセル 80 mg/m <sup>2</sup> DAY1. 8. 15				-	-	-	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					
★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要				WBC基準	HGB基準	PLT基準						
28日(4週)1クール				3000	-	100000						
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～1時間で点滴							
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								
	①② ⑥			DAY22								