

NO 2040		レジメン名 GDP								
病棟	患者番号	氏名	指示医師名							
年齢	身長	体重	体表面積							
歳	cm	kg	m ²							
GFR(血清クレアチニン値)			ml/min (mg/dl)							
【適応がん種】再発・難治性悪性リンパ腫		GEM/DEX/CDDP								
1・ゲムシタビン	1000 mg/m ²	DAY1,8								
2・シスプラチン	75 mg/m ²	DAY1								
3・デキサメタゾン	40 mg/body	DAY1,2,3,4								
21日(3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	イメンド内服	(Day1; 125mg、Day2~3; 80mg)	薬局払出							
②	デキサメタゾン	6.6mg	5本 生食100mL							
③	アロキシバッグ		1本							
④	デキサメタゾン 6.6mg		1.5本							
④	アスパラギン酸カリウム		2本							
④	硫酸マグネシウム		1本							
⑤	ゲムシタビン()mg	1000mg	1本							
⑤		200mg	1本							
⑥	マンニトール	300mL	1本							
⑦	シスプラチン()mg	50mg	1本							
⑦		10mg	1本							
⑧	ヴィーンF	500mL	1本							
⑨	ヴィーンF	500mL	1本							
⑩	デノサリン	500mL	1本							
⑪	グラニセトロン「NK」	1mg	1本							
⑪	デキサメタゾン	6.6mg	1本							
⑫	ゲムシタビン()mg	1000mg	1本							
⑫		200mg	1本							
⑬	生食	50mL	1本							
★ 9万円/28日1クール		★6時間/30分/30分/30分/45分								
200901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
	①~⑩	DAY1								
	①②	DAY2								
	①②	DAY3								
	②	DAY4								
	⑪⑫⑬	DAY8								

医師指示表			
月日	指示事項	指示者名	受領者名
	DAY 2~5		
	糖尿病ある場合、BS3検、インスリンスケール実施		
	☆☆☆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		
備考			
DAY8は血液算定確認後投与する			