

NO 2036		レジメン名 マイロターグ								
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】CD33陽性の再発・難治AML			CCr補正	GOT補正	T-Bil補正					
1・ゲムツズマブ 9 mg/m ² DAY1、15 オゾガマイシン 2回だけの投与			-	-	-					
★ TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要			【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16年4月1日 改訂							
WBC基準	HGB基準	PLT基準								
-	-	-								
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 サクシゾン100		1 本	生食50mL	レスタミンコーワ内服後～ 全開で点滴						
③ ハルトマンPH8 500mL		1 本		1時間で点滴						
④ マイロターグ()mg	5mg	1 本	生食100mL	③ハルトマン終了後～ 2時間で点滴						
⑤ ハルトマンPH8 500mL		1 本		マイロターグ終了後～ 5時間で点滴						
⑥ サクシゾン100		1 本	生食50mL	マイロターグ終了1時間後～ 全開で点滴						
⑦ サクシゾン100		1 本	生食50mL	⑤ハルトマン終了後～ 全開で点滴						
【医師注意点】口腫瘍量多い場合はノイファン投与を考慮する										
【看護師注意点】 □投与開始～終了1時間後までバイタルチェックを行う □インフュージョン・リアクション発症時は一旦中止とし、速やかに主治医へ報告し指示を仰ぐ □マイロターグは強く揺らさない・JMS社製JY-PFC341F7を使用(PVCフリー)・遮光										
★マイロターグ1本24万円			★8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
	①～⑦	DAY1								
	①～⑦	DAY15								