

NO	<b>6049</b>	レジメン名	<b>レミケード</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)
		<b>歳</b>	<b>cm</b>	<b>kg</b>	<b>m<sup>2</sup></b>	ml/min (mg/dl)
【適応】①リウマチ ②クローン ③ベーチェットによる網膜ぶどう膜炎 ④乾癬 ⑤中等症～重症の潰瘍性大腸炎			CCr補正	GOT補正	T-Bil補正	平成20年1月4日 改訂
①レミケード 3 mg/kg リウマチ(10mg/kg/8weekまで可)			-	-	-	
②レミケード 5 mg/kg クローン(10mg/kg/8weekまで可)						
③レミケード 5 mg/kg ベーチェットによる網膜ぶどう膜炎						
④レミケード 5 mg/kg 乾癬						
⑤レミケード 5 mg/kg 中等症～重症の潰瘍性大腸炎						
初回投与後、2週、6週に投与し、以後8週間の間隔で投与						
★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要			WBC基準	HGB基準	PLT基準	
★ソルメドロールの前投与の有無はリスク・ベネフィットを考慮する			-	-	-	
NO 薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)		時間・投与法	

①レミケード( )mg	100mg	本	▲生食250mL	<b>既定の点滴速度で！！ (2時間以上かけて)</b>
②生食50mL		1 本		レミケード終了後～ 全開で点滴

<b>【点滴速度】初回～3回目まで</b> 0～30分……………40mL/時間 30～60分……………80mL/時間 60分～終了時………160mL/時間	アレルギーなどの問題ない症例での 4回目以降の点滴速度(5mg/kgまでの場合) 投与開始～250mL/時間で1時間点滴
<b>【看護師注意事項】</b> ○点滴セットはJMS社製JY-PFC341F7を使用 ○レミケード100mg チェックリスト(別紙)を使用 ☆Infusion reaction の報告あり。十分な観察が必要。	

	月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施	202007更新
		① DAY1										
		①										
		①										
		①										
		①										
		①										
		①										