

NO	1044	レジメン名	AMR				
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】NSCLC. SCLC	AMR	CCr補正	GOT補正	T-Bil補正	【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20年7月1日 改訂
1・カルセド 45 mg/m ² DAY1. 2. 3	-	-	-		
21~28日(3~4週)1クール	WBC基準	HGB基準	PLT基準		
	3000	-	10000		

NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
①	アロキシバック		1 本		全開で点滴
②	デキサメタゾン 6.6mg		1 本	生食50mL	15分で点滴
③	★生食50mL		1 本		デキサート終了後~ 15分で点滴
④	カルセド()mg	50mg	本	★生食50mL	生食終了後~ 5分間で点滴!!
		20mg	本		
⑤	★生食50mL		1 本		カルセド終了後~ 15分で点滴

【看護師注意事項】

- 調製後、室温25度で3時間以内、室温30度で1.5時間以内に投与する
(投与時刻が遅くなる場合、薬剤科にその旨伝達する)
- 生食、5%ブドウ糖液、リンゲル液(乳酸リンゲル除く)以外は配合不可(側管からの投与も不可)

【減量基準】

- 白血球数1000未満が4日以上持続、又は血小板5万未満の場合→前クールより5mg/m²/日減量

クール数()

★11万円/21~28日1クール				★50分				200807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
	①②③④⑤ DAY1											
	②③④⑤ DAY2											
	②③④⑤ DAY3											

クール数()

↓口投与量変更時は記入して下さい

月日	指示			指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①~⑤(mg) DAY1											
	②③④⑤ DAY2											
	②③④⑤ DAY3											