

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------|--|------------------|--|----------------|--|-------------------------|--|---------|--|--------------------------------|--|----|--|----|--|----|--|----|--|
| NO 1103 | | レジメン名 | | PE(CBDCA) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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】 頭頸部癌 | | | | CTX/CBDCA | | CCr補正 | | GOT補正 | | T-Bil補正 | | 【病状】 | | | | | | | | | |
| 1・ セツキシマブ 250 mg/m ² DAY1. 8. 15 | | | | - | | - | | - | | - | | 1 全て説明している | | | | | | | | | |
| 初回は、アレルギー確認・負荷投与のためNo:4065(外科レジメン) | | | | 60~禁30 | | 180~ND | | 3.1~禁5.1 | | | | 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 | | | | | | | | | |
| 400mg/m ² を使用 | | | | ~35禁 | | - | | 禁5.1 | | | | 3 未告知である | | | | | | | | | |
| 2・ カルボプラチン AUC 5 DAY1 | | | | WBC基準 | | HGB基準 | | PLT基準 | | | | 【治療】 | | | | | | | | | |
| 【カルバートの式: CBDCA量(mg)=(GFR+25)×AUC】 | | | | 2000 | | - | | 50000 | | | | 1 抗癌剤による治療・予防と説明 | | | | | | | | | |
| ★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要 | | | | T-Bil | | Scr | | GOT/GPT/ALP | | | | 2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明 | | | | | | | | | |
| 21日(3週)1クール | | | | - | | - | | - | | | | 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21年8月12日 登録 | | | | | | | | | |
| 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 | | ①レスタミンコーワ内服後~ 【裏面参照】 | | | | | | | | | | | | | |
| ③ アロキシパック | | | | 1 本 | | | | アービタックス終了後~全開で | | | | | | | | | | | | | |
| ④ デキサート 6.6mg | | | | 1 本 | | 生食50mL | | アロキシ終了後 全開で点滴 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ カルボプラチン()mg | | 50mg | | 本 | | 生食250mL | | デキサート終了後~ | | | | | | | | | | | | | |
| | | 10mg | | 本 | | | | 1時間で点滴 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ 生食50mL | | | | 1 本 | | | | カルボプラチン終了後~ 全開で点滴 | | | | | | | | | | | | | |
| 月日 | | 指示 | | 指示医 | | 受け | | 監査 | | 払い | | 払監 | | 調製 | | 調監 | | 前確 | | 実施 | |
| | | ①~⑥ | | DAY1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ①~⑥ | | DAY8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ①~⑥ | | DAY15 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

アービタックス【2回目以降】1回目の初回投与時の点滴速度

0～60分……………100mL/時間

60分～終了時……………200mL/時間

アービタックス投与回数が total 3回目以降は総量を1時間で点滴

【看護師注意点】

アービタックス投与開始～終了後1時間程度はバイタルチェック行う

インヒュージョン・リアクション発症時は一旦投与中止し、速やかに主治医へ報告する

アービタックスは強く振らない

検査; DAY1はアービタックスケモ前採血を考慮すること