

癌化学療法 投与計画書 (新規・変更)

カルテ番号

氏 名

生年月日

性別

提出日

主治医:

病名: 悪性神経膠腫

手術日

患者本人へ説明した内容:

プロトコル名: テモダール+ペバシズマブ療法(再発)(脳外科)

クール目

開始日

次回予定日

身長(cm)

体重(kg)

体表面積(m²)

確認事項

☐ 前治療としてテモダール併用のレジメンを行っていること

							DAY 1		
	薬品名	プロトコル標準 量	投与量	経路	点滴時間・速度	コメント	1月 0日		
1	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○	標準投与量	
2	生理食塩液		100mL	点滴	初回は90分→ 60分→30分		○	ペバシズマブ	
	ペバシズマブ	10mg/kg		点滴			○	mg	
3	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○		

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル: 14日
投与日: day1
クール: 病態進行まで

《注意事項》

- 1.この計画書は、初回投与までに提出してください。提出のない場合は、混注対象外とします
2.計画を変更する場合は、その都度、計画書を提出してください。

※投薬上の注意などありましたら、ご指示下さい。