

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:手術不能 または 再発乳癌
患者本人へ説明した内容:

手術日

プロトコール名:Bev+PTX療法

身長(cm)

体重(kg)

体表面積(m²)

クール目

開始日

次回予定日

◆アルコール過敏症 有 無

点滴:JMSニトログリセリン輸液セット、フィルター2型付き(JY-NF232R101)

						DAY 1	...	DAY 8	...	DAY 15
	薬品名	プロトコール標準量	投与量	経路	点滴時間・速度	コメント	1月 0日	1月 7日	1月 14日	
1	レスタミンコーワ錠(10mg)		5錠	経口			○	○	○	
2	生理食塩液		100mL	点滴	30分		○	○	○	
	デキサート(6.6mg)		1.5瓶	点滴			○	○	○	
	ガスター(20mg)		1A	点滴			○	○	○	
3	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○		○	
4	生理食塩液		100mL	点滴			○		○	
	ベパシズマブ	10mg/kg		点滴	初回は90分 →60分→30分		○		○	
5	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○		○	
6	生理食塩液		250mL	点滴	60分		○	○	○	
	パクリタキセル	80~90mg/m ²		点滴			○	○	○	
7	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○	○	○	

標準投与量

ベパシズマブ

mg

パクリタキセル

mg

mg

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル: 28日

投与日:パクリタキセル day1、8、15

ベパシズマブ day1、15

サイクル数:なし。

パクリタキセル中止後PDIになるまでベパシズマブ単独投与可。

《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。