

癌化学療法 投与計画書 (新規・変更)

カルテ番号

氏 名

提出日

生年月日

性別

主治医:

病名:全身性強皮症
患者本人へ説明した内容:

プロトコール名:リツキサン療法(強皮症)

身長(cm)

体重(kg)

体表面積(m²)

クール目

開始日

次回予定日

確認事項

							DAY 1	...	DAY 8	...	DAY 15	...	DAY 22
	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月21日
1	生理食塩液		100mL	点滴	30分		○		○		○		○
	アタラックスP(50mg)		1A	点滴			○		○		○		○
	ハイドロコートン(100mg)		1A	点滴			○		○		○		○
2	生理食塩液		500mL	点滴	初回50ml/h(30min) →30分毎に50ml/hr ずつ増量し 400ml/hrまで可 2回目以降:初回投 与で副作用が軽微 であった場合 100ml/hr(30min) →30分毎に100ml/hr ずつ増量し 400ml/hrまで可	1mg/mLに なるよう調 製	○		○		○		○
	リツキサン	375mg/m ²		点滴			○		○		○		○
3	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○		○		○		○

標準投与量

リツキサン

mg

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル: 28日
投与日: day1,8,15,22

《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。