

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: ヲェゲナ肉芽腫症、顕微鏡的多発血管炎
患者本人へ説明した内容:

プロトコール名: リツキシマブBS療法(膠原病)

身長(cm)

体重(kg)

体表面積(m²)

開始日

次回予定日

確認事項

							DAY 1	...	DAY 8	...	DAY 15	...	DAY 22
							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		○		○		○		○
	リツキシマブBS	375mg/m ²		点滴	1mg/mLに なるよう調 製		○		○		○		○
3	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○		○		○		○

標準投与量

リツキシマブBS

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。