

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: ヴェゲナ肉芽腫症、顕微鏡的多発血管炎
患者本人へ説明した内容:

プロトコル名: リツキシマブBS単回投与療法（膠原病）

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
	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		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	1mg/mLになるよう調製	○
	リツキシマブBS	500mg		点滴	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		○
3	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○

標準投与量

リツキシマブBS

500mg

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル:
投与日: 単回投与

《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。