

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:

手術日

病名: 結腸癌 ・ 直腸癌

患者本人へ説明した内容:

プロトコル名:Cetu＋FOLFIRI療法(ポート有)

身長(cm)

体重(kg)

体表面積(m²)

ケール目

開始日

次回予定日

							DAY 1	DAY 2	DAY 3	DAY 4		
							1月 0日	1月 1日	1月 2日	1月 3日		
1	生食シリンジ10mL		1キット	点滴			○				標準投与量	
2	パロノセトロン点滴静注液バッグ(0.75mg)		1バッグ	点滴	30分		○					
	アロカリス点滴静注235mg		1瓶	点滴			○					
	デキサート(6.6mg)		0.75瓶	点滴			○					
	ボラミン(5mg)		1A	点滴			○					
3	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○				アービタックス	
4	生理食塩液		250mL	点滴	120分		○					
	アービタックス	500mg/m ²		点滴			○				mg	
5	生理食塩液		100mL	点滴	60分	経過観察	○				レボホリナート	
6	生理食塩液		250mL	側管	120分	7と同時に	○					
	レボホリナート	200mg/m ²		側管			○				mg	
7	生理食塩液		500mL	点滴	90分	6と同時に	○				イリノテカン	
	イリノテカン	150mg/m ²		点滴			○					mg
8	生理食塩液		100mL	点滴	10分	6終了時に	○				フルオロウラシル	
	フルオロウラシル	400mg/m ²		点滴			○					mg
9	生理食塩液		50mL	点滴	15分	8終了時に	○				フルオロウラシル	
10	生理食塩液		生食の量は薬剤室にて調節	点滴	46時間	9終了時に	○					
	フルオロウラシル	2400mg/m ²		点滴		Infusor Systemに充填	○					mg
11	生食シリンジ10mL		1キット	点滴			○					
12	デキサメタゾン		4mg/日	経口		day2.day3		○	○			

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル: 14日
投与日: アービタックス day1
FOLFIRI day1

※投薬上の注意などありましたら、ご指示下さい。

《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。

