

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: 結腸癌・直腸癌

患者本人へ説明した内容:

手術日

プロトコール名:Pani＋FOLFIRI療法(ポート有)

クール目
開始日
次回予定日

身長(cm) 体重(kg) 体表面積(m²)

※ 0.22マイクロ以下のフィルターを通して投与

	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	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	静注			○				標準投与量 ペクティビックス
2	パロノセトロン点滴静注 バッグ(0.75mg)		1/バッグ	点滴	30分		○				
	デキサート(6.6mg)		0.75瓶	点滴			○				
	アロカリス点滴静注 235mg		1瓶	点滴			○				
3	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○				標準投与量 ペクティビックス
4	生理食塩液		100mL	点滴	60分(投与量が 1000 mgを超える場合は 90分)		○				
	ペクティビックス	6 mg/kg		点滴			○				mg
5	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○				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		フィルター無しでも可	○				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	静注			○				
12	デキサメタゾン		4mg/日	経口				○	○		

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル: 14日
投与日: ペクティビックス day1
FOLFIRI day1

《注意事項》

- 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
- 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。