

癌化学療法 投与計画書 (新規・変更)

カルテ番号

提出日

氏 名

生年月日

性別

主治医:

病名: 食道癌

手術日

患者本人へ説明した内容:

プロトコール名:FP(800/80)

クール目

開始日

次回予定日

身長(cm)

体重(kg)

体表面積(m²)

	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	DAY 5	DAY 6	
							1月 0日	1月 1日	1月 2日	1月 3日	1月 4日	1月 5日	
1	ソルデム3輸液		500mL	点滴	1時間		○						
	硫酸Mg補正液 (1mEq/ml)		8mL	点滴			○						
2	ソルデム3輸液		500mL	点滴	1時間		○						
3	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○						
4	パロノセトロン点滴静注 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)		1.5瓶	点滴			○						
5	生理食塩液		100mL	側管	30分			○	○	○	○		
	デキサート(6.6mg)		1瓶	側管				○	○	○	○		
6	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○						標準投与量
7	生理食塩液		1000mL	点滴	24時間		○	○	○	○	○		フルオロウラシル
	フルオロウラシル	800mg/m ²		点滴			○	○	○	○	○		mg
8	マンニトールS注射液		300mL	側管	30分		○						
9	生理食塩液		300mL	側管	2時間		○						シスプラチン
	シスプラチン	80mg/m ²		側管			○						mg
10	生理食塩液		500mL	側管	1時間		○						
11	生理食塩液		500mL	側管	1時間		○						
12	生理食塩液		50mL	点滴	15分							○	

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル: 28日

投与日: フルオロウラシル day1~5

シスプラチン day1

《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。