

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: 食道癌

手術日

患者本人へ説明した内容:

プロトコール名:mFOLFOX6療法(ポート有)

身長(cm) 体重(kg) 体表面積(m²)

クール目

開始日

次回予定日

						DAY 1	DAY 2	DAY 3	DAY 4	
	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	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			○			
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		○			
	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			○			
3	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○			
4	5%ブドウ糖注		250mL	側管	120分	5と同時に	○			
	レボホリナート	200mg/m ²		側管			○			
5	5%ブドウ糖注		250mL	点滴	120分	4と同時に	○			
	オキサリプラチン	85mg/m ²		点滴			○			
6	5%ブドウ糖注		100mL	点滴	10分	4.5終了後に	○			
	フルオロウラシル	400mg/m ²		点滴			○			
7	生理食塩液		50mL	点滴	15分	6終了後に	○			
8	生理食塩液		生食の量は薬剤室にて調節	点滴	46時間	7終了後に	○			
	フルオロウラシル	2400mg/m ²		点滴		Infusor Systemに充填	○			
9	生食シリンジ10mL		1キット	点滴			○			
10	デキサメタゾン		4mg/日	経口		day2,3に内服		○	○	

1サイクル: 14日
投与日: day1,day2
サイクル数:6回

オキサリプラチン
総投与量チェック

《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。