

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: 肺小細胞癌(再発時)

手術日

患者本人へ説明した内容:

プロトコール名: AMR療法(SCLC)

身長(cm)

体重(kg)

体表面積(m²)

クール目

開始日

次回予定日

	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	標準投与量 カルセド
							1月 0日	1月 1日	1月 2日	
1	生理食塩液		250mL	点滴	60分		○	○	○	mg
2	グラニセトロン点滴静注 バッグ(3mg)		1/バッグ	側管	30分		○	○	○	
	デキササート(6.6mg)		1瓶	側管			○	○	○	
3	生理食塩液		50mL	側管	5分		○	○	○	
	カルセド	40mg/m ²		側管			○	○	○	
4	生理食塩液		50mL	側管	15分		○	○	○	

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル: 21日
カルセド: day1,2,3

《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。