

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: 切除不能な肺非小細胞癌
患者本人へ説明した内容:

手術日

プロトコール名: DTX+RAM療法

身長(cm) 体重(kg) 体表面積(m²)

クール目

開始日

次回予定日

※ 0.22マイクロ以下のフィルターを通して投与							DAY 1
	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	レスタミンコフ錠(10mg)		5錠	経口			○
2	グラニセロン点滴静注 バッグ(3mg)		1バック	点滴	30分		○
	デキサート(6.6mg)		1瓶	点滴			○
3	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○
4	生理食塩液		250mL	点滴	初回は 60分 →30分		○
	サイラムザ	10mg/kg		点滴			○
5	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○
6	生理食塩液		250mL	点滴	60分		○
	ドセタキセル	60mg/m ²		点滴			○
7	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○

標準投与量

サイラムザ

mg

ドセタキセル

mg

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル: 21日
投与日: 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。