

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: 進展型小細胞肺癌
患者本人へ説明した内容:

手術日

プロトコール名:Durva+CDDP+ETP

クール目
開始日
次回予定日

身長(cm) 体重(kg) 体表面積(m²)

◆最終濃度が1~15mg/mLになるように調製

						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	生理食塩液		50mL	点滴	15分	○	○	○		標準投与量 イミフィンジ	
2	生理食塩液		80mL	点滴	60分	○					
	イミフィンジ	1500mg/body		点滴		○					1500mg
3	生理食塩液		50mL	点滴	15分	○				エトボシド	
4	パロノセトロン点滴静注パツグ(0.75mg)		1パツグ	点滴	30分	○					
	デキサート(6.6mg)		1.5瓶	点滴		○					
	アロカリス点滴静注(235mg)		1瓶	点滴		○					
5	生理食塩液		50mL	点滴	5分	○					
6	5%ブドウ糖500mL		500mL	点滴	90分	○	○	○			
	エトボシド	100mg/m ²		点滴		○	○	○		mg	
7	ソルデム3輸液		500mL	点滴	1時間	○					
	硫酸マグネシウム補正液 20mEq		4mL			○				シスプラチン	
8	マンニトール注射液20%		150ml	点滴	15分	○					
9	生理食塩液		300mL	点滴	1時間	○					
	シスプラチン	80mg/m ²		点滴		○					mg
10	ソルデム3輸液		500mL	点滴	1時間	○					
	硫酸マグネシウム補正液 20mEq		4mL	点滴		○					
11	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○	○			
12	デカロン錠(0.5mg)		16錠 分2	経口		day2~day4	○	○	○		

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル: 21日
投与日:イミフィンジDay1
シスプラチンDay1
エトボシドDay1~3
サイクル数:4コース 以後イミフィンジ維持療法へ

《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。