癌化学療法 投与計画書　（新規・変更）

カルテ番号
氏　名　　提出日
生年月日　　主治医：
性別

病名：
患者本人へ説明した内容：

プロトコール名：**CHOP療法**

クール目
開始日
次回予定日

身長(cm)	体重(kg)	体表面積(㎡)
		.

・心機能低下症例ではドキソルビシンからピノルビン(30-40mg/m2 @ 5%ブドウ糖注100mL)に変更可。
・便秘、末梢神経障害が強い症例ではオンコビンをフィルデシン(2.4mg/m2@ 生食50mL)に変更可。

	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 1月 0日	DAY 2 1月 1日	DAY 3 1月 2日	DAY 4 1月 3日	DAY 5 1月 4日	標準投与量
1	生理食塩液		500mL	点滴	4時間		○					
2	パロノセトロン点滴静注バッグ(0.75mg)		1バック	側管	30分		○					
	水溶性プレドニン	100mg		側管			○					
	アロカリス点滴静注(235mg)		1瓶	側管			○					
3	生理食塩液		50mL	側管	5分		○					
4	生理食塩液		50mL	側管	全開で		○					オンコビン
	オンコビン	1.4mg/㎡		側管		2mg/bodyを超えないこと	○					.mg
5	生理食塩液		100mL	側管	30分		○					ドキソルビシン
	ドキソルビシン	50mg/㎡		側管			○					mg
6	生理食塩液		500mL	側管	2時間		○					エンドキサン
	エンドキサン	750mg/㎡		側管			○					mg
7	生理食塩液		50mL	側管	15分		○					
8	プレドニン錠(5mg)	100mg	朝14錠、昼6錠	内服				○	○	○	○	

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル：　21日
投与日：　day1
クール数：計6～8クール

ドキソルビシン
総投与量超えないように　mg

《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。