

癌化学療法 投与計画書 (新規・変更)

加算番号

氏 名

提出日

生年月日

主治医:

性別

病名:MDS.AML
患者本人へ説明した内容:

プロトコール名:CAG療法(AraC皮下注)

ケール目

開始日

次回予定日

身長(cm)

体重(kg)

体表面積 (m²)

	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 14 1月13日
1	生理食塩水		500mL	点滴	3時間		○	○	○	○		
2	グラニセトロン点滴静注 バッグ(3mg)		1バッグ	側管	30分		○	○	○	○		
3	生理食塩液		100mL	側管			○	○	○	○		
	アクラシノン	14mg/m ²		側管	30分		○	○	○	○		
4	生理食塩液		50mL	側管	15分		○	○	○	○		
5	キロサイド	10mg/m ²		皮下	10:00 22:00		×2	×2	×2	×2	×2	×2
6	フィルグラステム		75 μg	皮下			○	○	○	○	○	○

標準投与量

mg アクラシノン

mg キロサイド

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル:血球回復後
投与日:アクラシノン:day1-4
キロサイド :day1-14
フィルグラステム:day1-14

《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。