

癌化学療法 投与計画書 (新規・変更)

カルテ番号

提出日

氏 名
生年月日
性別

主治医:

病名: がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な膵癌
患者本人へ説明した内容:

手術日

プロトコール名:FL+nal-IRI療法(ポート有)

身長(cm)

体重(kg)

体表面積(m²)

クール目

開始日

次回予定日

						DAY 1	DAY 2	DAY 3	DAY 4		
※ オニバイド投与時にはインラインフィルターを使用しないこと。											
	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月 1日	1月 2日	1月 3日	
1	生食シリンジ10mL		1キット	静注			○				標準投与量
2	パロノセトロン点滴静注 バッグ(0.75mg)		1バッグ	点滴	30分		○				
	アロカリス点滴静注 235mg		1瓶				○				
	デキサート(6.6mg)		0.75瓶				○				
3	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○				オニバイド
4	5%ブドウ糖液		500mL	点滴	90分		○				
	オニバイド	70mg/m ²		点滴		インラインフィルターを使用しないこと	○				mg
5	5%ブドウ糖液		250mL	点滴	120分		○				レボホリナート
	レボホリナート	200mg/m ²		点滴			○				mg
6	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○				フルオロウラシル
7	生理食塩液		生食の量は薬剤室にて調節	点滴	46時間		○				
	フルオロウラシル	2400mg/m ²		点滴		Infusor Systemに 充填	○				mg
8	生食シリンジ10mL		1キット	静注			○				
9	デキサメタゾン		4mg/日	経口		day2,3		○	○		

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル: 14日
投与日: day1

《注意事項》

- 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
- 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。