

# マスタ内容確認シート

1 / 1

発行日時 2023年01月11日 08時31分

レジメンNo. 01-020300

クール日数 7日 休薬期間 0日

レジメン名称 w-Cmab (2回目以降) +FOLFIRI 2週1コース

RpNo	薬剤名/手技/コメント	1回投与量 (主単位) 速度指示	day (1)	day (2)	day (3)	day (4)	day (5)	day (6)	day (7)
			未定						
01	点滴 点滴注射 投与前後に使用 (100)生食注100mL	100mL	未定						
02	点滴 点滴注射 15分で [H] (6.6)デキサート6.6mg [H] (3.3)デキサート3.3mg ブスコパン注20mg (DI) ポララミン注5mg パロノセトロン点滴静注バック0.75mg	1管 1管 1管 1管 1袋	未定						
03	点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 60分で [H] アービタックス100mg (250) 生理食塩液250mL	250mg /m <sup>2</sup> 250mL	未定						
04	点滴 点滴注射 レボホリナート同時投与 2時間で レボホリナート注 100mg (250) 5%ブドウ糖☆250mL☆	200mg /m <sup>2</sup> 250mL	未定						
05	点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) レボホリナート同時投与 2時間で [H] イリノテカン(遮光)100mg (250) 5%ブドウ糖☆250mL☆	150mg /m <sup>2</sup> 250mL	未定						
06	点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 全開 [H]フルオロウラシル注1000mg (50)生理食塩液 50mL	400mg /m <sup>2</sup> 50mL	未定						
07	点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 46時間で [H].フルオロウラシル注1000mg	2400mg /m <sup>2</sup>	未定						

終了

**適用時確認コメント**

Cmabはweekly量! day8のCmabは別途オーダー!

**確認印**

医師

薬剤師

**注意コメント**

心電図モニター装着