

# 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. 01-020350

クール日数 7日 休業期間 0日

レジメン名称 w-Cmab (初回) +mFOLFOX6 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)
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 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袋	未定						
03	点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 2時間で [H] アービタックス100mg (250) 生理食塩液250mL	400mg /m <sup>2</sup> 250mL	未定						
04	点滴 点滴注射 オキサリプラチンと同時投与 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) オキサリプラチンと同時投与 2時間で [H]オキサリプラチン100mg (250) 5%ブドウ糖☆250mL☆	85mg /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**

アビタックス投与後1時間の経過観察  
心電図モニター装着