

マスタ内容確認シート

レジメンNo. 01-020351

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) +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)
				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 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) 60分で [H] アービタックス100mg (250)生理食塩液250mL	250mg 250mL	/m ²	未定						
04	点滴 点滴注射 林ザリアンと同時投与 2時間で レボホリナート注 100mg (250)5%ブドウ糖☆250mL☆	200mg 250mL	/m ²	未定						
05	点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) レボホリナートと同時投与 2時間で [H]林ザリアン100mg (250)5%ブドウ糖☆250mL☆	85mg 250mL	/m ²	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 50mL	/m ²	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 ²	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