

マスタ内容確認シート

発行日時 2023年01月11日 08時35分

レジメンNo. 01-020502

クール日数 14日 休薬期間 0日

レジメン名称 Cmac (隔週) +sLV5FU2 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 グラニセトロン注3mgバック [H] (6.6)デキサート6.6mg ポララミン注5mg	1袋 1管 1管	未定						
03	点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 2時間 (初回) → 1時間 (2回目以降) [H] アービタックス100mg (250) 生理食塩液250mL	500mg /m ² 250mL	未定						
04	点滴 点滴注射 2時間で レボホリナート注 100mg (250) 5%ブドウ糖☆250mL☆	200mg /m ² 250mL	未定						
05	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 ² 50mL	未定						
06	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

確認印

医師

薬剤師

注意コメント

アービタックス投与後1時間の経過観察 (初回は必須。2回目以降は省略可)
心電図モニター装着