

# マスタ内容確認シート

レジメンNo. 01-020357

クール日数 14日 休薬期間 0日

レジメン名称 **Cmab (隔週) +FOLFOXIRI 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 30分で パロノセトロン点滴静注バック0.75mg アロカリス点滴静注235mg [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 ブスコパン注20mg (DI)	1袋 1瓶 1管 1管 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 250mL	/m <sup>2</sup>	未定						
04	点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 90分で [H] イリノテカン (遮光) 100mg (250) 5%ブドウ糖☆250mL☆	150mg 250mL	/m <sup>2</sup>	未定						
05	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 250mL	/m <sup>2</sup>	未定						
06	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] オキサリプラチン100mg (250) 5%ブドウ糖☆250mL☆	85mg 250mL	/m <sup>2</sup>	未定						
----- 続きあり -----										

適用時確認コメント	確認印	
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	医師	薬剤師

# マスタ内容確認シート

発行日時 2023年09月19日 16時24分

レジメンNo. 01-020357

クール日数 14日 休薬期間 0日

レジメン名称 **Cmab (隔週) +FOLFOXIRI 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)
			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

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 (初回は必須。2回目以降は省略可)  
心電図モニター装着