

# マスタ内容確認シート

1 / 1

発行日時 2021年04月20日 16時33分

レジメンNo. 01-010163

クール日数 14日 休薬期間 0日

レジメン名称 **FOLFOX[胃]** 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<br>点滴注射<br>(100)生食注100mL   | 100mL          |                 | 未定     |        |        |        |        |        |        |
| 02   | 点滴<br>点滴注射<br>15分で<br>アロキシ点滴静注バック0.75mg<br>[H] (6.6)デキサート6.6mg<br>[H] (3.3)デキサート3.3mg | 1袋<br>1管<br>1管 |                 | 未定     |        |        |        |        |        |        |
| 03   | 点滴<br>点滴注射<br>オキサリプラチンと同時投与<br>2時間で<br>[H] レボホリナート注100mg<br>(250)5%ブドウ糖☆250mL☆        | 200mg<br>250mL | /m <sup>2</sup> | 未定     |        |        |        |        |        |        |
| 04   | 点滴<br>点滴注射(無菌製剤加算)<br>オキサリプラチンと同時投与<br>2時間で<br>[H]オキサリプラチン100mg<br>(250)5%ブドウ糖☆250mL☆ | 85mg<br>250mL  | /m <sup>2</sup> | 未定     |        |        |        |        |        |        |
| 05   | 点滴<br>点滴注射(無菌製剤加算)<br>全開<br>[H]フルオロウラシル注1000mg<br>(50)生理食塩液 50mL                      | 400mg<br>50mL  | /m <sup>2</sup> | 未定     |        |        |        |        |        |        |
| 06   | 点滴<br>点滴注射(無菌製剤加算)<br>46時間で<br>[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

心電図モニター装着