

# マスタ内容確認シート

発行日時 2021年04月22日 16時43分

レジメンNo. 01-010940

クール日数 28日 休薬期間 0日

レジメン名称 **Weekly Nab-PTX[胃] 4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 (50)生理食塩液 50mL	6.6mg 50mL	未定						
03	点滴 点滴注射(無菌製剤加算) フィルター使用禁止 30分で [H] アブラキサン100mg (50)生理食塩液 50mL	100mg /m <sup>2</sup> 50mL	未定						
-----続きあり-----									

適用時確認コメント 特定生物由来の同意書が必要	確認印	
注意コメント 心電図モニター装着	医師	薬剤師

# マスタ内容確認シート

レジメンNo. 01-010940

クール日数 28日 休薬期間 0日

レジメン名称 **Weekly Nab-PTX[胃] 4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(8)	day(9)	day(10)	day(11)	day(12)	day(13)	day(14)
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 (50)生理食塩液 50mL	6.6mg 50mL	未定						
03	点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) フィルター使用禁止 30分で [H] アブラキサン100mg (50)生理食塩液 50mL	100mg /m <sup>2</sup> 50mL	未定						
----- 続きあり -----									

適用時確認コメント 特定生物由来の同意書が必要	確認印	
注意コメント 心電図モニター装着	医師	薬剤師

# マスタ内容確認シート

レジメンNo. 01-010940

クール日数 28日 休薬期間 0日

レジメン名称 **Weekly Nab-PTX[胃]** 4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(15)	day(16)	day(17)	day(18)	day(19)	day(20)	day(21)
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 (50)生理食塩液 50mL	6.6mg 50mL	未定						
03	点滴 点滴注射(無菌製剤加算) フィルター使用禁止 30分で [H] アブラキサン100mg (50)生理食塩液 50mL	100mg /m <sup>2</sup> 50mL	未定						
----- 終了 -----									

適用時確認コメント 特定生物由来の同意書が必要	確認印	
注意コメント 心電図モニター装着	医師	薬剤師