

マスタ内容確認シート

レジメンNo. 01-010191

クール日数 28日 休薬期間 0日

レジメン名称 RAM+Nab-PTX 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 ポララミン注5mg (50)生理食塩液 50mL	1管 50mL	未定						
03	点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) フィルター付きルート 60分(初回)→30分(2回目以降) [H] サイラムザ500mg (250)生理食塩液250mL	8mg /kg 250mL	未定						
04	点滴 点滴注射 サイラムザ投与後 15分で (100)生食注100mL	100mL	未定						
05	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	1管 50mL	未定						
06	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 ² 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 サイラムザ 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

2 / 3

発行日時 2023年01月11日 08時30分

レジメンNo. 01-010191

クール日数 28日 休業期間 0日

レジメン名称 RAM+Nab-PTX 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						
05	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	1管 50mL	未定						
06	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] アブラキササン100mg (50)生理食塩液 50mL	100mg /m ² 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 サイムザ 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

3 / 3

発行日時 2023年01月11日 08時30分

レジメンNo. 01-010191

クール日数 28日 休業期間 0日

レジメン名称 RAM+Nab-PTX 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 ポララミン注5mg (50)生理食塩液 50mL	1管 50mL	未定						
03	点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) フィルター付きルート 60分(初回)→30分(2回目以降) [H] サイラムザ500mg (250)生理食塩液250mL	8mg /kg 250mL	未定						
04	点滴 点滴注射 サイラムザ投与後 15分で (100)生食注100mL	100mL	未定						
05	点滴 点滴注射 15分で [H] (6.6)デキササート6.6mg (50)生理食塩液 50mL	1管 50mL	未定						
06	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 ² 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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">医師</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">薬剤師</td> </tr> </table>	医師	薬剤師
医師	薬剤師		
注意コメント サイラムザ投与後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			