

# マスタ内容確認シート

1 / 1

発行日時 2023年01月11日 08時29分

レジメンNo. 01-010168

クール日数 14日 休業期間 0日

レジメン名称 RAM+CPT-11 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 15分で ポラミン注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 15分で [H] (3.3)デキサート3.3mg [H] (6.6)デキサート6.6mg ブスコパン注20mg (D1) パロノセトロン点滴静注バック0.75mg	1管 1管 1管 1袋	未定						
05	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 (500)5%ブドウ糖★500mL★	150mg /m <sup>2</sup> 500mL	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

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