

マスタ内容確認シート

レジメンNo. 01-050300

クール日数 14日 休薬期間 0日

レジメン名称 **NaI-IRI+FL** 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) |
|----------------|--|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | 未定 | | | | | | |
| 01 | 点滴 点滴注射 (100)生食注100mL | 1瓶 | 未定 | | | | | | |
| 02 | 点滴 点滴注射 15分で [H] (6.6)デキサート6.6mg [H] (3.3)デキサート3.3mg ブスコパン注20mg (DI) アロキシ点滴静注バック0.75mg | 1管 1管 1管 1袋 | 未定 | | | | | | |
| 03 | 点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 90分で [H] オパイト 43mg (500) 5%ブドウ糖★500mL★ | 70mg /m ² 500mL | 未定 | | | | | | |
| 04 | 点滴 点滴注射 オパイトと同時は不可! 2時間で [H] 「ヤルト」レボホリナート注100mg (250) 5%ブドウ糖☆250mL☆ | 200mg /m ² 250mL | 未定 | | | | | | |
| 05 | 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 ² | 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 UGT1A1 (ホモ、ダブヘテロ) →NaI-IRI 50mg/m ² へ減量 心電図モニター装着 | | |