

# マスタ内容確認シート

レジメンNo. 01-030184

クール日数 21日 休薬期間 0日

レジメン名称 **Pembrolizumab+5-FU 3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（無菌製剤加算） フィルター付きルート 30分で [H] キイトルーダ100mg (100)生食注100mL	200mg /Body 100mL	未定						
03	点滴 点滴注射（無菌製剤加算） 24時間で [H] フルオロウラシル注1000mg (1000)ソルデム3A ★1000mL★	800mg /m <sup>2</sup> 1000mL	未定	未定	未定	未定	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 Pembro+FP（最大6コース）終了後に本レジメンへ移行 Pembro+FPの施行コース数も含めて、最大35コースまで 心電図モニター装着		