

マスタ内容確認シート

レジメンNo. 01-079160

クール日数 15日 休薬期間 0日

レジメン名称 JALSG ALL202-U (再寛解導入) [第12-15週]

| 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 15分で グラニセトロン注3mgバック | 1袋 | | 未定 | | | | | | |
| 02 | 点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 30分で [H] オンコピン 1mg 1.5mg/m ² (100)生食注100mL | 1.5mg 100mL | /m ² | 未定 | | | | | | |
| 03 | 点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 1時間で [H] テラルピシン 20mg 25mg/m ² (100)生食注100mL | 25mg 100mL | /m ² | 未定 | | | | | | |
| 04 | 点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 4時間で [H] ロイナーゼ注用5000 6000単位/body (500)5%ブドウ糖★500mL★ | 6000単位 500mL | /Body | 未定 | | 未定 | | 未定 | | |
| 06 | 点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 1時間で [H] エンドキサン 500mg 500mg/m ² (250)生理食塩液250mL | 500mg 1袋 | /m ² | 未定 | | | | | | |
| 07 | 骨髄内・脳脊髄腔内 脳脊髄腔注射 (腰椎) (無菌加算) Total 6mL [H] メソトレキセート 50mg 12mg/body [H] キロサイド 20mg 30mg/body [H] (100)ハイドロコートン注 100mg (20)生食注 20mL | 12mg 30mg 0.5mL 1管 | /Body /Body | 未定 | | | | | | |
| ----- 続きあり ----- | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|-----|-----|
| 適用時確認コメント PSL40mg/m ² D1-14Day15 10mg/m ² 3日間で中止 | 確認印 | |
| | 医師 | 薬剤師 |
| 注意コメント 5000単位をワッサ-2mLで溶解、生食で全量5mL この0.1mL使用し生食で1mLとし、0.1mLを皮内投与 ★心電図モニター装着 | | |

マスタ内容確認シート

レジメンNo. 01-079160

クール日数 15日 休薬期間 0日

レジメン名称 JALSG ALL202-U (再寛解導入) [第12-15週]

| 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 15分で グラニセトロン注3mgバック | 1袋 | 未定 | | | | | | |
| 02 | 点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 30分で [H] オンコビン 1mg 1.5mg/m ² (100) 生食注100mL | 1.5mg /m ² 100mL | 未定 | | | | | | |
| 03 | 点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 1時間で [H] テラルビシン 20mg 25mg/m ² (100) 生食注100mL | 25mg /m ² 100mL | 未定 | | | | | | |
| 05 | 点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 4時間で [H] ロイナーゼ注用5000 6000単位/body (500) 5%ブドウ糖★500mL★ | 6000単位 /Body 500mL | 未定 | | 未定 | | 未定 | | |
| 06 | 点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 1時間で [H] エンドキサン 500mg 500mg/m ² (250) 生理食塩液250mL | 500mg /m ² 1袋 | 未定 | | | | | | |
| ----- 続きあり ----- | | | | | | | | | |

| | | |
|---|-----|-----|
| 適用時確認コメント PSL40mg/m ² D1-14Day15 10mg/m ² 3日間で中止 | 確認印 | |
| 注意コメント 5000単位をワッサ-2mLで溶解、生食で全量5mL この0.1mL使用し生食で1mLとし、0.1mLを皮内投与 ★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 2021年04月23日 15時25分

レジメンNo. 01-079160

クール日数 15日 休薬期間 0日

レジメン名称 **JALSG ALL202-U (再寛解導入) [第12-15週]**

| 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 15分で グラニセトロン注3mgバック | 1袋 | | | 未定 | | | | | | |
| 02 | 点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 30分で [H] オンコビン 1mg 1.5mg/m ² (100)生食注100mL | 1.5mg /m ² 100mL | | | 未定 | | | | | | |
| ----- 終了 ----- | | | | | | | | | | | |

適用時確認コメント

PSL40mg/m²D1-14Day15 10mg/m²3日間で中止

確認印

医師

薬剤師

注意コメント

5000単位をワッサ-2mLで溶解、生食で全量5mL
この0.1mL使用し生食で1mLとし、0.1mLを皮内投与
★心電図モニター装着