

マスタ内容確認シート

レジメンNo. 01-040930

クール日数 21日 休薬期間 0日

レジメン名称 IE

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	未定	未定				
01	点滴 点滴注射 (100)生食注100mL	100mL	未定	未定	未定				
02	点滴 点滴注射 15分で グラニセトロン注3mgバック [H] (6.6)デキサート6.6mg [H] (3.3)デキサート3.3mg	1袋 1管 1管	未定	未定	未定				
03	点滴 点滴注射【閉鎖系無菌加算(1)】 2時間で [H] イホマイド1g (500)生食500mL	2000mg /m ² 500mL	未定	未定	未定				
04	静脈内注射 静脈内注射 休マイド投与時 ウロミテキサン注400mg	400mg /m ²	未定	未定	未定				
05	静脈内注射 静脈内注射 休マイド投与4時間後 ウロミテキサン注400mg	400mg /m ²	未定	未定	未定				
06	静脈内注射 静脈内注射 休マイド投与8時間後 ウロミテキサン注400mg	400mg /m ²	未定	未定	未定				
07	点滴 点滴注射(無菌製剤加算) シリンジポンプで投与 60分で [H] ペプシド100mg (DI)	250mg /m ²	未定						
08	点滴 点滴注射 ペプシドの側管から同時投与 60分で (500)生食500mL	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 心電図モニター装着		