

マスタ内容確認シート

1 / 4

発行日時 2023年09月19日 16時30分

レジメンNo. 01-0900400

クール日数 21日 休薬期間 0日

レジメン名称 **CDDP+5-FU+Cmab (初回) 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 4時間で (FC1)生理食塩液FC1Lバッグ	1000mL	未定						
02	点滴 点滴注射 30分で パロノセトロン点滴静注バック0.75mg アロカリス点滴静注235mg [H] (3.3)デキサート3.3mg [H] (6.6)デキサート6.6mg ポララミン注5mg	1袋 1瓶 1管 1管 1管	未定						
03	点滴 点滴注射 15分で [H] (6.6)デキサート6.6mg (50)生理食塩液 50mL	1管 50mL		未定	未定	未定			
04	点滴 点滴注射(無菌製剤加算) 2時間で [H] アービタックス100mg (250)生理食塩液250mL	400mg 250mL	未定						
05	点滴 点滴注射 30分で マンニトールS注射液 300mL	300mL	未定						
06	点滴 点滴注射(無菌製剤加算) 2時間で [H] シスプラチン(避光)50mg (DI) (500)生食500mL	80mg 500mL	未定						
07	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 (FC1)生理食塩液FC1Lバッグ	800mg 1000mL	未定	未定	未定	未定			
----- 続きあり -----									

適用時確認コメント

確認印

医師

薬剤師

注意コメント

アビタックス投与後1時間の経過観察
心電図モニター装着

マスタ内容確認シート

発行日時 2023年09月19日 16時30分

レジメンNo. 01-0900400

クール日数 21日 休薬期間 0日

レジメン名称 **CDDP+5-FU+Cmab (初回) 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)
08	点滴 点滴注射 投与前後に使用 (100)生食注100mL	100mL					未定		
09	点滴 点滴注射 5 時間で (1000)ソルデム3 A ★1000mL★	1袋	未定						
10	点滴 点滴注射 3 時間で (500)ソルデム3 A ☆500mL☆	1袋		未定	未定	未定			
----- 続きあり -----									

適用時確認コメント

確認印

医師

薬剤師

注意コメント

7-ビタックス投与後1時間の経過観察
心電図モニター装着

マスタ内容確認シート

3 / 4

発行日時 2023年09月19日 16時30分

レジメンNo. 01-0900400

クール日数 21日 休薬期間 0日

レジメン名称 **CDDP+5-FU+Cmab (初回) 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 (8)	day (9)	day (10)	day (11)	day (12)	day (13)	day (14)
11	点滴 点滴注射 15分で [H] (6.6)デキサート6.6mg ポラミン注5mg (50)生理食塩液 50mL	1管 1管 50mL		未定						
12	点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 60分で [H] アービタックス100mg (250)生理食塩液250mL	250mg 250mL	/m ²	未定						
----- 続きあり -----										

適用時確認コメント

確認印

医師

薬剤師

注意コメント

アービタックス投与後1時間の経過観察
心電図モニター装着

マスタ内容確認シート

発行日時 2023年09月19日 16時30分

レジメンNo. 01-0900400

クール日数 21日 休薬期間 0日

レジメン名称 **CDDP+5-FU+Cmab (初回) 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 (15)	day (16)	day (17)	day (18)	day (19)	day (20)	day (21)
11	点滴 点滴注射 15分で [H] (6.6)デキサート6.6mg ポラミン注5mg (50)生理食塩液 50mL	1管 1管 50mL		未定						
12	点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) 60分で [H] アービタックス100mg (250)生理食塩液250mL	250mg 250mL	/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

アービタックス投与後1時間の経過観察
心電図モニター装着