

マスタ内容確認シート

レジメンNo. 04-020000

クール日数 28日 休薬期間 0日

レジメン名称 **Atezolizumab+Nab-PTX 4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	1瓶	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 60分(初回)→30分(2回目以降) [H] テセントリク840mg (250)生理食塩液250mL	840mg /Body 250mL	未定						
03	点滴 点滴注射 テセントリク終了後 (100)生食注100mL	1瓶	未定						
04	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						
05	点滴 点滴注射(無菌製剤加算) フィルター使用禁止 30分で [H] アブラキサソ100mg (100)生食注100mL	100mg /m ² 100mL	未定						
----- 続きあり -----									

適用時確認コメント
特定生物由来の同意書が必要

確認印

医師	薬剤師
----	-----

注意コメント
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03月16日 15時33分

レジメンNo. 04-020000

クール日数 28日 休薬期間 0日

レジメン名称 **Atezolizumab+Nab-PTX** 4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)
01	点滴 点滴注射 投与前後に使用 (100)生食注100mL	1瓶	未定						
04	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						
05	点滴 点滴注射(無菌製剤加算) フィルター使用禁止 30分で [H] アブラキサン100mg (100)生食注100mL	100mg /m ² 100mL	未定						
----- 続きあり -----									

適用時確認コメント 特定生物由来の同意書が必要	確認印	
注意コメント 心電図モニター装着	医師	薬剤師

マスタ内容確認シート

レジメンNo. 04-020000

クール日数 28日 休薬期間 0日

レジメン名称 **Atezolizumab+Nab-PTX** 4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)
01	点滴 点滴注射 投与前後に使用 (100)生食注100mL	1瓶	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 60分 (初回) → 30分 (2回目以降) [H] テセントリク840mg (250) 生理食塩液250mL	840mg /Body 250mL	未定						
03	点滴 点滴注射 テセントリク終了後 (100)生食注100mL	1瓶	未定						
04	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						
05	点滴 点滴注射 (無菌製剤加算) フィルター使用禁止 30分で [H] アブラキサン100mg (100)生食注100mL	100mg /m ² 100mL	未定						
終了									

適用時確認コメント
特定生物由来の同意書が必要

確認印

医師 薬剤師

注意コメント
心電図モニター装着