

マスタ内容確認シート

1 / 3

発行日時 2024年12月03日 15時58分

レジメンNo. 15-010150

クール日数 21日 休薬期間 0日

レジメン名称 Cmab (初回) +PTX+CBDCA 3週1コース

| RpNo           | 薬剤名/手技/コメント                                                                                  | 1回投与量 (主単位)<br>速度指示    | day (1) | day (2) | day (3) | day (4) | day (5) | day (6) | day (7) |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
|                |                                                                                              |                        | 未定      |         |         |         |         |         |         |
| 01             | 点滴<br>点滴注射<br>投与前後に使用<br>(100) 生食注100mL                                                      | 100mL                  | 未定      |         |         |         |         |         |         |
| 02             | 点滴<br>点滴注射<br>15分で<br>パロノセトロン点滴静注バック0.75mg<br>[H] (6.6) デキサート6.6mg<br>ガスター注20mg<br>ボララミン注5mg | 1袋<br>1管<br>1管<br>1管   | 未定      |         |         |         |         |         |         |
| 03             | 点滴<br>点滴注射 (無菌製剤加算)<br>2時間で<br>[H] アービタックス100mg<br>(250) 生理食塩液250mL                          | 400mg<br>250mL /ml     | 未定      |         |         |         |         |         |         |
| 05             | 点滴<br>点滴注射<br>ルート交換、経過観察に使用<br>(50) 生理食塩液 50mL                                               | 50mL                   | 未定      |         |         |         |         |         |         |
| 06             | 点滴<br>点滴注射 (無菌製剤加算)<br>フィルター付きルート<br>60分で<br>[H] パクリタキセル100mg<br>(250) 5%ブドウ糖☆250mL☆         | 100mg<br>250mL /ml     | 未定      |         |         |         |         |         |         |
| 07             | 点滴<br>点滴注射 (無菌製剤加算)<br>60分で<br>[H] カル*プラチン(遮光)450mg<br>(250) 5%ブドウ糖☆250mL☆                   | 2.5mg<br>250mL /GFR+25 | 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<br>アービタックス投与後1時間の経過観察(初回は必須。2回目以降は省略可)<br>心電図モニター装着 |     |     |

## マスタ内容確認シート

2 / 3

発行日時 2024年12月03日 15時58分

レジメンNo. 15-010150

クール日数 21日 休薬期間 0日

レジメン名称 Cnab (初回)+PTX+CBDCA 3週1コース

| RpNo             | 薬剤名/手技/コメント                                                                                           | 1 回投与量（主単位）              |  | day ( 8 )       | day ( 9 ) | day (10) | day (11) | day (12) | day (13) | day (14) |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--|-----------------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|                  |                                                                                                       | 速度指示                     |  |                 |           |          |          |          |          |          |
| 01               | 点滴<br>点滴注射<br>投与前後に使用<br>(100) 生食注100mL                                                               | 100mL                    |  | 未定              |           |          |          |          |          |          |
| 02               | 点滴<br>点滴注射<br>1 5 分で<br>パロノセトロン点滴静注バック0.75mg<br>[H] (6.6) デキサート6.6mg<br>ガスター注 2 0 m g<br>ポララミン注 5 m g | 1 袋<br>1 管<br>1 管<br>1 管 |  | 未定              |           |          |          |          |          |          |
| 04               | 点滴<br>点滴注射（無菌製剤加算）<br>6 0 分で<br>[H] アービタックス 1 0 0 m g<br>(250) 生理食塩液250mL                             | 250mg<br>250mL           |  | /m <sup>2</sup> | 未定        |          |          |          |          |          |
| 05               | 点滴<br>点滴注射<br>ルート交換、経過観察に使用<br>(50) 生理食塩液 50mL                                                        | 50mL                     |  | 未定              |           |          |          |          |          |          |
| 06               | 点滴<br>点滴注射（無菌製剤加算）<br>フィルター付きルート<br>6 0 分で<br>[H] パクリタキセル100m g<br>(250) 5 % ブドウ糖☆250mL ☆             | 100mg<br>250mL           |  | /m <sup>2</sup> | 未定        |          |          |          |          |          |
| 07               | 点滴<br>点滴注射（無菌製剤加算）<br>6 0 分で<br>[H] カルプロフェン(遮光)450mg<br>(250) 5 % ブドウ糖☆250mL ☆                        | 2.5mg<br>250mL           |  | /GFR+25         | 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(初回は必須。2回目以降は省略可)  
心電図モニター装着

マスタ内容確認シート

3 / 3

発行日時 2024年12月03日 15時58分

レジメンNo. 15-010150

クール日数 21日 休薬期間 0日

レジメン名称 Cmab（初回）+PTX+CBDCA 3週1コース

| RpNo | 薬剤名/手技/コメント                                                               | 1回投与量（主単位）<br>速度指示 | day (15) | day (16) | day (17) | day (18) | day (19) | day (20) | day (21) |
|------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|      |                                                                           |                    |          |          |          |          |          |          |          |
| 01   | 点滴<br>点滴注射<br>投与前後に使用<br>(100) 生食注100mL                                   | 100mL              | 未定       |          |          |          |          |          |          |
| 08   | 点滴<br>点滴注射<br>15分で<br>[H] (6.6) デキサート6.6mg<br>ボラミン注5mg<br>(50) 生理食塩液 50mL | 1管<br>1管<br>50mL   | 未定       |          |          |          |          |          |          |
| 09   | 点滴<br>点滴注射（無菌製剤加算）<br>60分で<br>[H] アービタックス100mg<br>(250) 生理食塩液250mL        | 250mg<br>250mL /mi | 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<br>アービタックス投与後1時間の経過観察(初回は必須。2回目以降は省略可)<br>心電図モニター装着 |     |     |