

外来化学療法 投与計画書

腫瘍内科 ベバシズマブ+FOLFIRI(トレフューザーポンプ)療法

29-012

ID	:	身長	:	cm	レボホリナート	200mg/m ²
フリガナ	:	体重	:	kg	イリノテカン	150mg/m ²
患者氏名	:	体表面積	:	m ²	フルオロウラシル	400mg/m ²
		クレアチニン	:	mg/dL	フルオロウラシル	2400mg/m ²
生年月日	:	S・H・R	年	月	日	生まれ
治療計画	外来初回治療日	年	月	日より	コース目	day
					開始	
外来担当医:	PHS	記載医師	PHS	薬剤師1次監査	年	月
					日	
Rp		投与スケジュール:1コース14日間	day1	day8	⑩	薬剤師2次監査
1本目	末梢主管点滴注射		●	×		
	パロノセトロン(0.75)0.75mg					
	デカドロン(6.6)6.6mg					
	生食 100mL					
投与時間	30分					
2本目	末梢主管点滴注射		●	×		
	ベバシズマブBS_____mg					
	生食 100mL					
投与時間	初回 90分					
	2回目 60分					
	3回目以降 30分					
	(____年__月__日__%doseへ減量)					
3本目	末梢主管点滴注射	末梢側管点滴注射	●	×		
	イリノテカン塩酸塩_____mg	レボホリナート_____mg				
	生食 250mL	生食 250mL				
投与時間	2時間	2時間				
	(____年__月__日__%doseへ減量)	(____年__月__日__%doseへ減量)				
4本目	末梢主管点滴注射		●	×		
	フルオロウラシル_____mg					
	生食 100mL					
投与時間	全開					
	(____年__月__日__%doseへ減量)					
5本目	末梢主管点滴注射		●	×		
	フルオロウラシル_____mg	<患者退室時の確認事項>				
	生食全量 140mL	☐ 固定、クランプ開放の確認				
投与時間	46時間	☐ 抜針セットを渡す				
	(____年__月__日__%doseへ減量)	☐ 5Fuの終了時間を記入				

1. その他連絡事項

薬剤師への指導依頼(治療内容と注意点の説明、有害事象評価等およびそれらの情報提供)

☒ 依頼する ☐ 依頼しない

2023年11月指導依頼の文言追加
2023年11月ベバシズマブBSへ変更
2022年4月18日アロキシ→パロノセトロンへ変更
2020年10月トレフューザーポンプに変更
2017年3月 5Fu→フルオロウラシルへ変更
2016年11月 レイアウト変更
2016年6月 名称変更
2016年3月 トホテシン→イリノテカン塩酸塩
2014年12月 グラニセトロン→アロキシ
2013年2月 レジメン番号変更
2010年3月15日作成