

外来化学療法 投与計画書

腫瘍内科 【m】FOLFIRINOX(トレフューザーポンプ)療法

29-087

ID	:	身長	:	cm	レボホリナート	200mg/m ²
フリガナ	:	体重	:	kg	オキサリプラチン	85mg/m ²
患者氏名	:	体表面積	:	m ²	イリノテカン	150mg/m ²
		クレアチニン	:	mg/dL	フルオロウラシル(持続)	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
						予定コース数
						評価コース数
外来担当医:	PHS	記載医師	:	PHS	薬剤師1次監査	年 月 日
					Ⓢ	薬剤師 2次監査
					Ⓢ	Ⓢ
Rp		投与スケジュール: 1コース14日間		day1	day8	
内服	デカドロン(0.5) 8錠朝食後 2日分			day2-3	×	
1本目	主管皮下ポート点滴注射 パロノセトロン(0.75) 0.75mg デカドロン(6.6) 6.6mg デカドロン(1.65) 3.3mg アロカリス(235) 235mg 生食 100mL 投与時間 30分			●	×	
2本目	主管皮下ポート点滴注射 オキサリプラチン _____ mg 5%ブドウ糖液 250mL 投与時間 2時間 (____年__月__日 ____%doseへ減量)			●	×	
3本目	主管皮下ポート点滴注射 レボホリナート _____ mg 生食 250mL 投与時間 30分	側管皮下ポート点滴注射 生食 50mL		●	×	
4本目	側管皮下ポート点滴注射 イリノテカン塩酸塩 _____ mg 生食 250mL 投与時間 90分 (____年__月__日 ____%doseへ減量)			●	×	
5本目	主管皮下ポート点滴注射 フルオロウラシル _____ mg 生食全量 140mL 投与時間 46時間 (____年__月__日 ____%doseへ減量)	<患者退室時の確認事項> <input type="checkbox"/> 固定、クランプ開放の確認 <input type="checkbox"/> 抜針セットを渡す <input type="checkbox"/> 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月アロカリス追加
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
2018年6月7日 登録