

外来化学療法 投与計画書

腫瘍内科 FF+nal-IRI(トレフューザーポンプ)療法

29-090A

レボホリナート 200mg/m²
オニバイド(炎症性) 70mg/m²
フルオロウラシル(持続)(炎症性) 2400mg/m²

ID	:	身長	:	cm
フリガナ	:	体重	:	kg
患者氏名	:	体表面積	:	m ²
	:	クレアチニン	:	mg/dL
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
				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
1本目	主管 皮下ポート点滴注射	アロキシ(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	主管 皮下ポート点滴注射	オニバイド _____mg 生食 500mL	●	×
投与時間		1.5時間 (____年__月__日__%doseへ減量)		
3本目	主管 皮下ポート点滴注射	生食 50mL	●	×
投与時間		全開 (____年__月__日__%doseへ減量)		
4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		2時間 (____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