

外来化学療法
投与計画書

腫瘍内科
GEM+ペムブロリズマブ療法

29-093B

キイトルーダ 200mg/body
ゲムシタビン 1000mg/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					薬剤師1次監査		
治療計画		外来初回治療日		年 月 日			
		年 月 日より コース目 day 開始		年 月 日			
		予定コース数		年 月 日			
		評価コース数		年 月 日			
外来担当医:		PHS	記載医師	PHS	薬剤師 2次監査		
Rp		投与スケジュール: 1コース21日間		day1	day8	day15	
		インラインフィルターのついたルートを使用		●	×	×	
1本目	末梢主管点滴注射			●	×	×	
	キイトルーダ 200mg						
	生食 100mL						
投与時間	30分						
	(年 月 日 %doseへ減量)						
2本目	末梢主管点滴注射			●	×	×	
	生食 50mL						
投与時間	全開						
3本目	末梢主管点滴注射			●	×	×	
	デカドロン(6. 6)						
	生食 100mL						
投与時間	30分						
4本目	末梢主管点滴注射			●	×	×	
	ゲムシタビン _____mg						
	生食 100mL						
投与時間	30分						
	(年 月 日 %doseへ減量)						
5本目	末梢主管点滴注射			●	×	×	
	生食 50mL						
投与時間	全開						
1本目	末梢主管点滴注射			×	●	×	
	デカドロン(6. 6)						
	生食 100mL						
投与時間	30分						
2本目	末梢主管点滴注射			×	●	×	
	ゲムシタビン _____mg						
	生食 100mL						
投与時間	30分						
	(年 月 日 %doseへ減量)						
3本目	末梢主管点滴注射			×	●	×	
	生食 50mL						
投与時間	全開						

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