

外来化学療法 投与計画書

腫瘍内科 G-FOLFOX+トラスツズマブ療法(初回)トレフューザーポンプ

ID : _____		身長 : _____ cm		29-605B	
フリガナ : _____		体重 : _____ kg		レボホリナート 200mg/m ²	
患者氏名 : _____		体表面積 : _____ m ²		オキサリプラチン(炎症性) 85mg/m ²	
		クレアチニン : _____ mg/dL		フルオロウラシル(bolus)(炎症性) 400mg/m ²	
生年月日 : S・H・R 年 月 日 生まれ				フルオロウラシル(持続)(炎症性) 2400mg/m ²	
治療計画		外来初回治療日 年 月 日より		トラスツズマブ(非炎症性) day1 8mg/kg day22 6mg/kg	
		コース目 day 開始		薬剤師1次監査	
		予定コース数		年 月 日	
		評価コース数		薬剤師2次監査	
外来担当医 : _____		PHS 記載医師 _____		PHS	
Rp		投与スケジュール: 1コース42日間		day1 day8 day15 day22 day29 day36	
1本目	主管皮下ポート点滴注射 トラスツズマブBS _____mg 生食 250mL 90分 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ %doseへ減量)	●	×	×	×
2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 30分	●	×	×	×
3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 2時間 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ %doseへ減量)	●	×	×	×
	側管皮下ポート点滴注射 レボホリナート _____mg 5%ブドウ糖液 250mL 2時間 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ %doseへ減量)	×	×	×	×
4本目	主管皮下ポート点滴注射 フルオロウラシル _____mg 5%ブドウ糖液 100mL 全開 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ %doseへ減量)	●	×	×	×
5本目	主管皮下ポート持続投与 フルオロウラシル _____mg 生食全量 140mL 46時間 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ %doseへ減量)	●	×	×	×
		<患者退室時の確認事項> ☐ 固定、クランプ開放の確認 ☐ 抜針セットを渡す ☐ 5Fuの終了時間を記入			
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 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 2時間 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ %doseへ減量)	×	×	●	×
3本目	主管皮下ポート点滴注射 フルオロウラシル _____mg 5%ブドウ糖液 100mL 全開 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ %doseへ減量)	×	×	●	×
4本目	主管皮下ポート持続投与 フルオロウラシル _____mg 生食全量 140mL 46時間 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ %doseへ減量)	×	×	●	×
		<患者退室時の確認事項> ☐ 固定、クランプ開放の確認 ☐ 抜針セットを渡す ☐ 5Fuの終了時間を記入			
1本目	主管皮下ポート点滴注射 トラスツズマブBS _____mg 生食 250mL 60分 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ %doseへ減量)	×	×	×	●
2本目	主管皮下ポート点滴注射 生食 100mL 全開	×	×	×	●

1. その他連絡事項

