

診療科名: 血液内科

申請者名: _____

レジメン名称: THP-COP(VCR→VDS)

疾患名(癌種): 非ホジキンリンパ腫

適用目的(対象): 術前補助化学療法 術後補助化学療法 進行再発 一次 二次以降 三次以降 放射線併用 その他()

レジメン記入フォーマット

フォーマットページ数(1 / 1)

通しNo	薬品名・規格	投与量	手技	点滴時間・速度	day(1)	day(2)	day(3)	day(4)	day(5)	day()				
1	グラニセロン注1mg	1袋	点滴注射	30分かけて	●									
2	5%ブドウ糖液 テラルビシン注射用20mg	100mL 50mg/m ²	点滴注射	1時間かけて	●									
3	生理食塩液 フィルデシン注 点滴時は遮光する	50mL 2.4mg/m ²	静脈注射	10分かけて	●									
4	生理食塩液 エンドキサン注射用	250mL 750mg/m ²	点滴注射	1~2時間かけて	●									
5	生理食塩液	50ml	点滴注射	10分かけて	●									
6	プレドニゾン(内服) rituximabと併用あり	100mg/body			●	●	●	●	●					

上記表にて設定する抗がん剤について

通しNo	薬品名・規格	標準値	上限値
2	THP(塩酸ビラルビシン)	50mg/m ²	
3	VDS(ビンブラスチン)	2.4mg/m ²	4.0mg/回
4	CPA(シクロホスファミド)	750mg/m ²	
5	PSL(プレドニゾン)	100mg/body	

インターバル日数 (14-21) 日
 レジメン基準日 day(1)
 総クール数 (6-8) クール

※この表にてオーダーリングにレジメン登録しますので、漏れなく記入して下さい。

【投与基準】
好中球 1000以上
血小板 50000以上

レジメン登録コード _____
 レジメン審査部会承認 [_____]