

レジメン記入フォーマット

診療科名: 呼吸器内科

申請者名: _____

レジメン名称: アムルピシン単独療法〔肺〕

疾患名(癌種): 小細胞肺がん

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()

フォーマットページ数(/)

| 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() | day() | day() | day() | day() |
|------|---------------|---------------------|------|---------|----------|----------|----------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1 | グラニセロン点滴静注バッグ | 1P | 点滴注射 | 30分 | ● | ● | ● | | | | | | | |
| | デキサート注射液6.6mg | 1V | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ソルデム3A(200mL) | 1P | 点滴注射 | 60分 | ● | ● | ● | | | | | | | |
| 3 | 生理食塩液50mL | 1P | 点滴注射 | 10分 | ● | ● | ● | | | | | | | |
| | カルセド20mg | 35mg/m ² | | 側管 | | | | | | | | | | |
| 4 | 生理食塩液50mL | 1P | 点滴注射 | 10分 | ● | ● | ● | | | | | | | |
| | | | | 側管 | | | | | | | | | | |

①グラニセロンバッグ+デキサート(30分)

↓

②ソルデム3A(60分) ②生食50mL+アムルピシン(10分)

↙

③生食50mL(10分)

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 |
|------|--------|---------------------|-----|
| 3 | アムルピシン | 35mg/m ² | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

インターバル日数 (21-28)日

レジメン基準日 day(1)

総クール数 ()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 ≥ 1500 | WBC ≥ 3000 |
| 血小板 ≥ 10万 | Hb ≥ 9 |

レジメン登録コード _____

レジメン審査部会承認 _____