

# 外来化学療法 投与計画書

# 腫瘍内科 ベバシズマブ+sLV5FU2療法(トレフューザーポンプ)

29-016

レボホリナート 200mg/m<sup>2</sup>  
フルオロウラシル 400mg/m<sup>2</sup>  
フルオロウラシル 2400mg/m<sup>2</sup>  
ベバシズマブBS 5mg/kg

ID	:	身長	:	cm						
フリガナ	:	体重	:	kg						
患者氏名	:	体表面積	:	m <sup>2</sup>						
	:	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	年	月	日	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	末梢主管点滴注射	デカドロン(6.6)	6.6mg	●	×					
投与時間	生食 100mL	30分								
2本目	末梢主管点滴注射	ベバシズマブBS _____mg		●	×					
投与時間	生食 100mL	初回90分 2回目60分 3回目以降30分								
3本目	末梢主管点滴注射	レボホリナート _____mg		●	×					
投与時間	生食 250mL	2時間 ( _____年 _____月 _____日 _____%doseへ減量)								
4本目	末梢主管点滴注射	フルオロウラシル _____mg		●	×					
投与時間	生食 100mL	全開 ( _____年 _____月 _____日 _____%doseへ減量)								
5本目	末梢主管点滴注射	フルオロウラシル _____mg		●	×					
投与時間	生食全量 140mL	46時間								
		( _____年 _____月 _____日 _____%doseへ減量)								
		<b>&lt;患者退室時の確認事項&gt;</b> <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

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

2023年11月 指導依頼の文言追加  
 2023年11月 ベバシズマブBSへ変更  
 2020年10月 トレフューザーポンプに変更  
 2017年3月 5Fu→フルオロウラシルへ変更  
 2016年11月 レイアウト変更  
 2016年6月 名称変更  
 2016年5月31日 セト→デカドロン6.6mgへ変更  
 2013年2月 レジメ番号変更  
 2010年3月15日 作成