

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/m²
フルオロウラシル 400mg/m²
フルオロウラシル 2400mg/m²
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 ² | | | | | | |
| | : | 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 | ④ | 薬剤師 2次監査 | ④ |
| 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 | | <患者退室時の確認事項> <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 | | | | | | |
| | | (_____年_____月_____日 _____%doseへ減量) | | | | | | | | |

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