

# 外来化学療法 投与計画書

# 腫瘍内科 FOLFOX(食道癌)(トレフューザーポンプ)療法

29-068A

ID	:	身長	:	cm	レボホリナート	200mg/m <sup>2</sup>
フリガナ	:	体重	:	kg	オキサリプラチン(炎症性)	85mg/m <sup>2</sup>
患者氏名	:	体表面積	:	m <sup>2</sup>	フルオロウラシル(bolus)(炎症性)	400mg/m <sup>2</sup>
		クレアチニン	:	mg/dL	フルオロウラシル(持続)(炎症性)	2400mg/m <sup>2</sup>
生年月日	:	S・H・R 年 月 日生まれ			薬剤師1次監査	年 月 日
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 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	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					
投与時間	30分					
2本目	主管 皮下ポート点滴注射	側管 皮下ポート点滴注射		●	×	
	オキサリプラチン _____ mg	レボホリナート _____ mg				
	5%ブドウ糖液 250mL	5%ブドウ糖液 250mL				
投与時間	2時間	2時間				
	(____年__月__日__%doseへ減量)	(____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					
投与時間	全開					
	(____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					
	生食全量 140mL					
投与時間	46時間					
	(____年__月__日__%doseへ減量)					
		<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				

## 1. その他連絡事項