

外来化学療法 投与計画書

腫瘍内科 FOLFOXIRI+ベバシズマブ療法

29-513B

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
Rp	投与スケジュール: 1コース14日間			
内服	デカドロン(4mg) 2錠 分2 朝食食後 2日分		day1	day8
1本目	主管皮下ポート点滴注射 パロノセトロン(0.75) 0.75mg デカドロン(6.6) 6.6mg デカドロン(1.65) 3.3mg アロカリス(235) 235mg 生食 100mL 投与時間 30分		●	×
2本目	主管皮下ポート点滴注射 ベバシズマブBS _____mg 生食 100mL 投与時間 初回 90分 2回目 60分 3回目以降 30分 (____年__月__日 ____%doseへ減量)		●	×
3本目	主管皮下ポート点滴注射 イリノテカン塩酸塩 _____mg 生食 250mL 投与時間 60分 (____年__月__日 ____%doseへ減量)		●	×
4本目	主管皮下ポート点滴注射 5%ブドウ糖液 50mL 投与時間 30分 (____年__月__日 ____%doseへ減量)		●	×
5本目	主管皮下ポート点滴注射 オキサリプラチン _____mg 5%ブドウ糖液 250mL 投与時間 2時間 (____年__月__日 ____%doseへ減量)	側管皮下ポート点滴注射 レボホリナート _____mg 5%ブドウ糖液 250mL 投与時間 2時間 (____年__月__日 ____%doseへ減量)	●	×
6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> ☐ 固定、クランプ開放の確認 ☐ 抜針セットを渡す ☐ 5Fuの終了時間を記入	●	×

ベバシズマブBS 5mg/kg
イリノテカン 165mg/m²
オキサリプラチン 85mg/m²
レボホリナート 200mg/m²
フルオロウラシル 3200mg/m²

薬剤師1次監査 年 月 日
薬剤師 2次監査 ⑤

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月アロカリス追加

2023年11月ベバシズマブBSへ変更

2022年4月18日アロキシ→パロノセトロンへ変更

2020年10月トレフューザーポンプに変更

2017年3月 エルプラット→オキサリプラチンへ変更

5Fu→フルオロウラシルへ変更

2016年11月 登録

外来化学療法 投与計画書

腫瘍内科
FOLFOXIRI+ベバシズマブ療法

2023年11月指導依頼の文言追加
2023年11月アロカリス追加
2023年11月ベバシズマブBSへ変更
2022年4月18日アロキシ→パロノセトロンへ変更
2020年10月トレフューザーポンプに変更
2017年3月 エルプラット→オキサリプラチンへ変更
5Fu→フルオウラシルへ変更
2016年11月 登録