

# 外来化学療法 投与計画書

腫瘍内科  
エンコラフェニブ+セツキシマブ+FOLFOX療法(トレフューザーポンプ)

29-526C

アービタックス 500mg/m<sup>2</sup>  
レボホリナート 200mg/m<sup>2</sup>  
オキサリプラチン 85mg/m<sup>2</sup>  
フルオロウラシル(bolus) 400mg/m<sup>2</sup>  
フルオロウラシル(持続) 2400mg/m<sup>2</sup>  
ピラフトビ(内服) 300mg/day

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	
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 ボラミン(5) 5mg デカドロン(6. 6) 6. 6mg パロノセトロン(0. 75) 0. 75mg 生食 100mL 投与時間 30分		●	×
2本目	主管皮下ポート点滴注射 アービタックス _____ mg 生食 250mL 投与時間 2時間 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ %doseへ減量)		●	×
3本目	主管皮下ポート点滴注射 生食 100mL 投与時間 全開		●	×
4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)	●	×
5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)		●	×
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> <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	●	×
内服処方	ピラフトビ __ 300 __ mg / 日 1日1回			day1~14

## 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