

外来化学療法  
投与計画書

エンコラフェニブ+セツキシマブ+FOLFOX療法(トフェューザーポンフ)  
アレルギー-予防

腫瘍内科  
アレルギー-予防

29-526D

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>  
ビラフトビ(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	薬剤師1次監査	年	月	日
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) 13.2mg デカドロン(1.65) 3.3mg 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 4時間 (____年__月__日__%doseへ減量)		●	×				
5本目	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 オキサリプラチン投与2時間後に開始 (____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 5%ブドウ糖液 100mL 投与時間 全開 (____年__月__日__%doseへ減量)		●	×				
7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	ビラフトビ __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