

外来化学療法 投与計画書

腫瘍内科 G-FOLFOX トレフューザーポンプ

29-604B

ID	:	身長	:	cm	レボホリナート	200mg/m ²
フリガナ	:	体重	:	kg	オキサリプラチン(炎症性)	85mg/m ²
患者氏名	:	体表面積	:	m ²	フルオロウラシル(bolus)(炎症性)	400mg/m ²
		クレアチニン	:	mg/dL	フルオロウラシル(持続)(炎症性)	2400mg/m ²
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	CVポート主管点滴注射	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	CVポート主管点滴注射	オキサリプラチン _____ mg 5%ブドウ糖液 250mL	CVポート側管点滴注射	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)		2時間 (____年__月__日__%doseへ減量)		
3本目	CVポート主管点滴注射	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	CVポート主管点滴注射	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