

外来化学療法 投与計画書

呼吸器内科 デュルバルマブ療法(化学放射線療法後)

59-054

イミフィンジ1500mg/body
(体重30kg以下は20mg/kg)

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	年	月	日	より	コース目day
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28日間			day1	day8	day15
	0.2または0.22 μm以下のインラインフィルターのついたルートを使用					
1本目	末梢主管点滴注射			●	×	×
	イミフィンジ1500mg					
	生食 100mL					
投与時間		1時間				
	(年 月 日 %doseへ減量)					
2本目	末梢主管点滴注射			●	×	×
	生食 50mL					
投与時間		全開				

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

1. その他連絡事項

・最大12コースまで