

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(トレメリムマブ併用後)

59-212F

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 | 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 | | | day22 | | |
| 1本目 | 末梢主管点滴注射 | ● | | × | × | × |
| 投与時間 | イミフィンジ1500mg | | | | | |
| | 生食 100mL | | | | | |
| | 1時間 | | | | | |
| | (年 月 日 %doseへ減量) | | | | | |
| 2本目 | 末梢主管点滴注射 | ● | | × | × | × |
| 投与時間 | 生食 50mL | | | | | |
| | 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