

抗悪性腫瘍薬等レジメン登録用紙 兼 治療計画票

患者番号

患者氏名

性別

生年月日

身長: _____cm 体重: _____kg

体表面積: _____m²

*レジメンコード: - - *登録日: 年 月 日

申請日: _____年 _____月 _____日

診療科: _____ 申請医師: _____

レジメン名: 再発高リスクTN術前ペムブロリズマブ+EC療法

レジメン推奨グレード: _____

疾患名: _____

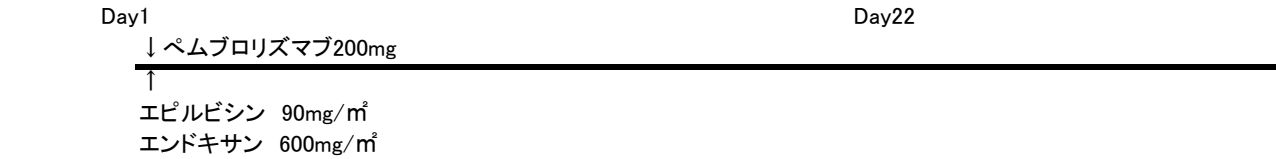
担当医: _____

病期: _____

術前・術後・再発・手術不能・その他()(いずれかに○)

レジメン開始予定日: 年 月 日

レジメン概要[1サイクル(休薬日を含む)のスケジュールを下に図示] 治療期間:(4)サイクル(未定の場合は記入しない)



前投薬(薬品名)			投与量		単位 (mg等)	手技・ ルート	投与速度 (mL/hr等)	備考 (内服薬の用法等)	
アプレピタントカプセル 125mg			1		Cap			エピルピシン投与30-60分前内服	
Day	投与 順序	レジメン内容(薬品名)	基準値			投与量 (mg等)	手技・ ルート	投与速度(mL/hr等)	備考 (内服薬の用法等)
			下限値	上限値	単位 (mg/㎡等)				
1	1	生食50ml				1B	div	全開	
1	2	ペムブロリズマブ 生食100ml		200	mg	1B	div	30分	
1	3	生食50ml				1B	div	全開	ペムブロリズマブ後フラッシュ用
1	4	生食50ml				1B	div	10分	
		アロキシ静注(0.75mg/V)				1V			
		デキサート6.6mg				1A			
1	5	エピルピシン 生食50ml		90	mg/㎡		div	5分	
1	6	エンドキサン 生食250ml		600	mg/㎡	1B	div	30分	
1	7	生食50ml				1B	div	全開	
フィルターについての記載								催吐リスク分類	
ペムブロリズマブ: インラインフィルター(0.2~5 μ m)を使用すること。								高度	
輸液セット・カテーテルについての記載									

注: 用紙が足りない場合は裏面を利用 (裏面に記入例あり)

*黄色の欄は薬剤部にて記入

*赤枠の欄はレジメン登録時記載不要

山口大学医学部附属病院