

抗がん剤プロトコール<DOC+PSL>

作成日

<医師入力項目> 黄色に塗りつぶされている所を入力して下さい (入力すると黄色マーカーが消えます)

<基本情報>

| | | | | | | | | |
|------|---|----|----------------|---------|--|----|-------|-------|
| 患者ID | | | | 患者氏名 | | | HBs抗原 | |
| 年齢 | 歳 | 性別 | | 身長 | | cm | HBs抗体 | |
| 体表面積 | | | m ² | 体重 | | | kg | HBc抗体 |
| Ccr | | | mL/min | アルコール過敏 | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------|----|---|--------|---|--|---|----|-----|
| 病名 | | | | | | | | |
| 投与開始日 | | 年 | | 月 | | 日 | 曜日 | 主治医 |
| 1クール | 21 | 日 | 予定クール数 | | | | | |

<処方内容>

プレドニン5mg 2T (分2) 朝昼食後 21日間 連日内服

<Day1>

① 生理食塩水100mL
デキサート6.6mg 1V
15分かけて

② 生理食塩液250mL
ドセタキセル注液 (75mg/m²) _____ mg
計算上 0 mg (_____ %)
(ドセタキセル80mg/4mL V)
(ドセタキセル20mg/1mL V)
(全量 mL) 60分かけて

③ 生理食塩液50mL
全開で



※薬品請求時注意！
点滴静注液と点滴静注用があります

確認薬剤師

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

【太枠内ケモセーフ使用】
<訂正箇所は赤字でお願いします>