

患者
番号
氏名
生年
月日
所属

性別
発行
年月日

化学療法注射箋

身長	体重	投与可能 中止	最終決定 医師署名
BSA=0.00 m ²			

レジメン名		疾患名			医師				
テセントリク+アバステン併用療法		切除不能な肝細胞癌			薬剤師				
3週毎					看護師				
Rp	薬品名・規格	投与量	手技	投与ルート	点滴時間 速度	day1	day8	day15	day22
						/	/	/	/
						曜日	曜日	曜日	曜日
1	生理食塩液	50mL	DIV	メイン	ルートキープ	○			
2	生理食塩液	100mL	DIV	メイン	15min	○			
	デキサメタゾン注射液 6.6mg/V	1V							
3	生理食塩液	250mL	DIV	側管	60min 2回目以降 30min可	○			
	アデゾリズマブ	1200mg							
4	生理食塩液	50mL	DIV	メイン	ルートフラッシュ	○			
5	生理食塩液	100mL	DIV	側管	初回: 90min 2回目: 60min 3回目以降: 30min	○			
	ペバシズマブ(15mg/kg)	mg							
6	生理食塩液	50mL	DIV	メイン	流し	○			

備考 ・アデゾリズマブはインラインフィルター付の点滴セットを使用すること