患者番号

氏名

生年月日　　性別

所属

発　行
年月日

# 化学療法注射箋

| 身 長 | 体 重 | 投与可能 | 最終決定医師署名 |
|---|---|---|---|
| | | 中　止 | |
| BSA=0.00 m2 | | | |

| レジメン名 | 疾患名 | 医　師 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **レミケード療法** | クローン病 | 薬剤師 | | | | | |
| 0, 2, 6週, 以後8週間の間隔 | | 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 ／ 曜日 | ／ 曜日 | ／ 曜日 | ／ 曜日 | ／ 曜日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 生食　50mL | 50mL | DIV | メイン | ルートキープ | ○ | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 3 | 生食<br>インフリキマブ　5mg/kg | 250mL | DIV | 側管 | 2hr | ○ | | | | |
| | *インラインフィルター使用 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 4 | 生食50mL | 50mL | DIV | メイン | 流し | ○ | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | ＊　3回投与後　10mg/kgに増量可能 | | | | | | | | | |
| | ＊　infusion reaction 対策に副腎皮質ホルモン剤、H1blocker、アセトアミノフェンの投与を検討する。 | | | | | | | | | |
| | ＊　希釈後のインフリキシマブ濃度 0.4 ～4mg/mL | | | | | | | | | |
| | ＊　期間短縮の場合は5mg/kgで4週間間隔可能 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |