

化学療法指示箋（処方箋） FOLFIRI+アバスタ

無菌処理料

シユアフューザー使用

調製日

調製者

		疾患名	大腸がん	実施場所	外来
患者名		前回投与日		医師自署	
身長		投与予定日		受付看護師	
体重		1クール	2週間	受付薬剤師	
体表面積	0.00 m ²	CVポート	あり・なし	薬局監査	

《注射》

薬剤名	標準投与量 (mg/m ²)	計算値 (mg)	実投与量	投与時間	確認印
(CVポートの場合)					
①生食シリンジ 20mL			1本	カテーテル確認など	
②グラニセトロンバッグ100mL プロイメンド (150) デカドロン (6.6)			1袋 1V 1V	30分	
③テルモ生食 100mL アバスタチン ※標準投与量の単位は、mg/kg	5	0	1本 mg	30分 (初回投与時は90分) (2回目は (3回目以降は30分))	
④大塚5%ブドウ糖液 250mL レボホリナート	200	0	1本 mg	120分	
⑤大塚生理食塩液 250mL カンプト	150	0	1本 mg	90分	
⑥テルモ生食 100mL 5-FU	400	0	1本 mg	全開で	
(シユアフューザー使用の場合)					
⑦生食シリンジ 20mL			1本	ウォッシュアウト	
⑧生理食塩水 5-FU	2400	0	mL mg	46時間	
⑨生食シリンジ 20mL			1本	ウォッシュアウト	
(CVポートの場合)					
⑩ヘパリンロック 10mL			1本	注入し抜針	

《内服》 外来で施行時は院外処方箋を発行

薬剤名	標準投与量	計算値	1回投与量	用法	投与期間	確認印
デカドロン錠 (0.5)			8T	朝食後	3日間 2~4日目	
			8T	夕食後		