

化学療法指示箋（処方箋） オプジーボ

0.2又は0.22ミクロン以下のインラインフィルター使用

無菌処理料

シリコン製カテーテルを用いたCVポートは不可

調製日

調製者

		疾患名		実施場所	外来
患者名		前回投与日		医師自署	
身長	cm	投与予定日		受付看護師	
体重	kg	1クール	2週間	受付薬剤師	
体表面積	0.00 m ²	CVポート	使用不可	薬局監査	

《注射》

薬剤名	標準投与量	実投与量	投与時間	確認印
①生食シリンジ 20mL		1本	カテーテル確認など	
②生食100mL オプジーボ注240mg	240mg/body※	1袋 1V	30分	
③生食50mL		1本	全開で	

※体重30kg以上に限る