

患者ID	@patientid
患者氏名	@patientname

診療科	@PATIENTFORMALSECTIONNAME
主治医 1	@USERNAME
主治医 2	

身長	\$height01_doc	cm
体重	\$weight01_doc	kg
体表面積	\$体表面積_Doc	m ²
アレルギー		
副作用歴		
病名	# 1	告知 (有、無)
	# 2	告知 (有、無)

治療目的 (いずれにか○)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 進行・再発癌 ・ 術前・術後 補助化学療法

FOLFIRI+ベバシズマブ療法 第 1 コース	
通常用量	
ベバシズマブ	5mg/kg
レボホリナート	200 mg/m ²
5-FU	2400 mg/m ²
5-FU 急速	400 mg/m ²
イリノテカン	150 mg/m ²
	(2 週毎)

*ベバシズマブ投与は忍容性が良好であれば、2 回目は 60 分、それ以降は 30 分投与が可能。

*アプレピタント処方する

(月 日)

	本体				側管			
開始 0:00 終了 0:15	パロセトロンパック 50ml デキサート 3.3mg	1 P 1 A	点滴静注 (15 分)					
開始 0:15 終了 1:45	生食 100ml ベバシズマブ	1 P _____mg	点滴静注 (90 分)					
開始 1:45 終了 3:45	5%ブドウ糖 250ml イリノテカン	1 P _____mg	点滴静注 (2 時間)	開始 1:45 終了 3:45	5%ブドウ糖 250ml レボホリナート	1 P _____mg	点滴静注 (2 時間)	
開始 3:45 終了 4:00	5%ブドウ糖 50ml 5FU	1 P _____mg	点滴静注 (15 分)	開始 3:45 終了 49:45	5%ブドウ糖 50ml 5FU 全量	1 P _____mg 92ml 2ml/hr	点滴静注 インフューザー ポンプ (46 時間)	

(前日)

(当日)

施行日	払出薬剤師	監査薬剤師	受取看護師	混注薬剤師	監査薬剤師	施行看護師