

BEP療法 コース目(21日スケジュール)

名前:	様	歳	性別:	男	女
ID:	生年月日:大正 昭和 平成 年 月 日				
身長:	cm、	体重	kg、	体表面積:	m ²

薬品1: プレオマイシン(商品名: プレオ)

剤型: 5mg/瓶

用法: 1日1回、24時間で持続皮下注。

投与方法: 生理食塩水 10ml で溶解。

(投与量: 30 mg)

1日1回			
1回投与量	30		mg

薬品2: エトボシド(商品名: ラステット)

剤型: 100mg/瓶

用法: 1日1回、30分で点滴静注。

投与方法: 生理食塩水 100ml で溶解。

(投与量: 100mg × m² = mg)

1日1回			
1回投与量			mg

薬品3: シスプラチン(商品名: プリプラチン、ランダ)

剤型: 10mg/瓶、50mg/瓶(プリプラチン)、25mg/瓶(ランダ)

用法: 1日1回、3時間で点滴静注。

投与方法: 生理食塩水 500ml で溶解。

(投与量: 20mg × m² = mg)

1日1回			
1回投与量			mg

投与日	day1	day2	day3	day4	day5	day9	day16
	/	/	/	/	/	/	/
プレオマイシン (商品名: プレオ)		30mg				30mg	30mg
エトボシド (商品名: ラステット)	mg	mg	mg	mg	mg		
シスプラチン (商品名: プリプラチン)	mg	mg	mg	mg	mg		

BEP 療法 コース目(21日スケジュール)

患者名: _____

主治医: _____

本プロトコルの

開始予定日: 年 月 日

完了予定日: 年 月 日

承認日: 年 月 日

本プロトコルの投与量、投与スケジュールの適正さと注射指示箋との整合性は当科で承認されています。

(今回提出したプロトコルは、前回提出したプロトコルの休薬完了日前ですが、早急に今回提出したプロトコルで治療を行う必要が生じたので、)

薬剤の確認と払い出しをお願いいたします。

確認医師サイン: _____

確認医師サイン: _____

患者様本人サイン: _____

患者様代理人サイン: _____