

I. 基本情報

患者ID
@PATIENTID
患者氏名
@PATIENTNAME
患者生年月日 年齢
@PATIENTBIRTH3 @PATIENTAGEFORMATTED

AZA(静注投与)療法 プロトコール(every 4 weeks)									
	day 1	2	3	4	5	6	7	...	29
AZA(ビダーザ) 75mg/m ²	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		next in→

<疾患名>
 骨髄異形成症候群
告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日>
_____年 _____月 _____日
<前コースの投与量>
・ビダーザ _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項(記載のない場合はDrに確認を行った後、Nsが薬局3689に連絡する)

薬剤名	規格	数量	第1日	第2日	第3日	第4日	第5日	第6日	第7日
			(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
1) グラネセロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL X	1B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ビダーザ注射用 注射用水 生理食塩水 (持続点滴:10分)	100mg/V × () V 20mL/A 50mL X	10mL 1B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 生理食塩水 (持続点滴:全開でフラッシュ用)	50mL X	1B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. 化学療法剤投与量算出

<AZA 投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)
体表面積(_____ m²)
AZA(ビダーザ)投与量(_____ mg/body)
= 75mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>
・安定性低下のため溶解後1時間以内に投与
(前投薬開始時に薬局に調製依頼を連絡)

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID
@PATIENTID
患者氏名
@PATIENTNAME
患者生年月日 年齢
@PATIENTBIRTH3 @PATIENTAGEFORMATTED

AZA(皮下投与)療法 プロトコール(every 4 weeks)									
	day 1	2	3	4	5	6	7	...	29
AZA(ビダーザ) 75mg/m ²	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		next in→

<疾患名>
 骨髄異形成症候群
告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日>
_____年 _____月 _____日
<前コースの投与量>
・ビダーザ _____mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項(記載のない場合はDrに確認を行った後、Nsが薬局3689に連絡する)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第1日	第2日	第3日	第4日	第5日	第6日	第7日

薬剤名	規格	数量	(/) (/) (/) (/) (/) (/) (/)
1) グラニセロン点滴バッグ (持続点滴:0.5時間)	3mg/100mL X	1B	<input type="checkbox"/>
2) ビダーザ注射用 注射用水 (皮下投与)	100mg/V × ()V 20mL/A	4mL	<input type="checkbox"/>

III. 化学療法剤投与量算出

<AZA 投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)
体表面積(_____ m²)
AZA(ビダーザ)投与量(_____ mg/body)
= 75mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>
・安定性低下のため溶解後1時間以内に投与
(前投薬開始時に薬局に調製依頼を連絡)

主治医	薬剤師	薬剤師
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。