

# 化学療法スケジュール表

- 一般治療
- 臨床試験
- 治験

患者氏名  
患者ID  
生年月日

身長	cm	診療科	
体重	kg		
体表面積	m <sup>2</sup>		
Scr	mg/dL	医師	印
Ccr	ml/min		

**Cmab単(初回)**  
(登録No. 08GI09)

病名	推奨度
大腸癌	A

施用開始日 年 月 日  
(初回・継続 \_\_\_\_\_ コース目・変更)

Cmab	(400mg/m <sup>2</sup> )	予定日付 / ↓ Day 1 (1サイクル 7 日) (休薬 6 日以上)
------	-------------------------	--

**EGFR陽性の症例のみ使用可能**

1 生理食塩液 100 mL	100 mL	点滴注射	(1)
デキサート注射液 6.6 mg	1 瓶	15分	
ポララミン注 5 mg	1 A		
2 生理食塩液テルモ 250 mL	250 mL	点滴注射	(1)
アービタックス注射液 100 mg ( ) mg (400mg/m <sup>2</sup> )		120分 投与後 1 時間経過観察 total 250 ml	
3 生理食塩液 50 mL	50 mL	点滴注射 フラッシュ用 Cmab投与時と同じ速度で	(1)