

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 ²		
Scr	mg/dL	医師	印
Ccr	ml/min		

Cmab単(2回目以降)
(登録No. 08GI10)

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	予定日付 / ↓ Day <u>1</u> (1サイクル 7 日) (休薬 6 日以上)
------	---

EGFR陽性症例のみ DEX初回必須、2回目以降減量可

1	生理食塩液 100 mL デキサート注射液 6.6 mg ポララミン注 5 mg	100 mL 1 瓶 1 A	点滴注射 15分	(1)
2	生理食塩液テルモ 250 mL アービタックス注射液 100 mg () mg (250mg/g/m ²)	250 mL	点滴注射 60分 投与後1時間経過観察 total 250 ml	(1)
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)