

診療科名：内科

申請者名：_____

レジメン名称：アザシチジン(点滴)

疾患名(癌種)：骨髄異形成症候群(MDS)及びMDSより発症したAML(AML following MDS)

適用目的(対象)： 術前補助化学療法 術後補助化学療法 進行再発 一次 二次以降 三次以降 放射線併用 その他()

レジメン記入フォーマット

フォーマットページ数(/)

通しNo	薬品名・規格	投与量	手技	点滴時間・速度	day(1)	day(2)	day(3)	day(4)	day(5)	day(6)	day(7)	day()	day()	day()
	点滴													
1	アザシチジン レベル①	75mg/m ²	点滴注射	10分で	●	●	●	●	●	●	●			
	注射用水	1V												
	生理食塩水	50ml												
2	生理食塩液	50ml	点滴注射	10分で	●	●	●	●	●	●	●			
	アザシチジンレベル② 50mg/m ² アザシチジンレベル③ 37.5mg/m ²													
	* 7日間連日投与のほか、5日間/週+2日間/週の方法で用いることあり													

上記表にて設定する抗がん剤について

通しNo	薬品名・規格	標準値	上限値
	アザシチジン	75mg/m ²	

インターバル日数 (28)日
 レジメン基準日 day()
 総クール数 ()クール⇒なし
 7日間投与21日間休薬(無効時まで)
 High risk MDS 輸血依存症例

※この表にてオーダーリングにレジメン登録しますので、漏れなく記入して下さい。

【投与基準】
 ①MDS及びAML(AML following MDS)のため血球数については基準(一)
 ②肝および腎機能障害時は減量