レジメン記入フォーマット

診療科名：内科

申請者名：

レジメン名称：アザシチジン(皮下)

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(　　)

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(　)
	皮下注													
1	アザシチジン　レベル①	75mg/m^2	皮下注射		●	●	●	●	●	●	●			
	注射用水	1V												
	溶解後、2.5mLを超える量の時は、2か所以上に皮下													
	＊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													
	アザシチジンレベル②　50mg/㎡													
	アザシチジンレベル③　37.5mg/㎡													

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(－)

②肝および腎機能障害時は減量

2008年7月第1版
都城病院