

プロトコールマスター内容

1 / 2

発行日時 2022/4/28 16:45

プロトコール名称 【乳】CPA+MTX+5-FU (CMF)

同一グループ

疾患名 乳癌 承認区分 承認済
診療科 乳腺外科 承認日時 2021/11/ 5 19:18
投薬日数 8日 承認者 早坂 大
休薬日数 20日 承認取消日時
最大クール数 無制限 承認取消者
心機能の確認 任意 更新者 早坂 大
体表面積 (m2) 計算式 DuBois式

有効開始日 2021/11/ 8 有効終了日

腎機能の値による実投与量の割合 かけない
CCR 0~25 ml/分 % GFR 0~25 ml/min %
CCR 25~50 ml/分 % GFR 25~50 ml/min %
CCR 50~75 ml/分 % GFR 50~75 ml/min %
CCR 75~100 ml/分 % GFR 75~100 ml/min %

腎機能の検査結果値による警告 無し
BUN mg/dL 以上 Scr mg/dL 以上

肝機能の検査結果値による警告 無し
AST U/L 以上 ALT U/L 以上
T-Bil mg/dL 以上

CBCの検査結果値による警告 無し
白血球 x百/μl 以下 リンパ球 % 以下
好中球 % 以下 血小板 x万/μl 以下
ヘモグロビン g/dL 以下

日前までの検査結果を参照

Table with columns: RpNo, 薬剤名/手技/コメント, 1回投与量 (補正単位), 速度指示, day(1) to day(7). Rows include Rp 01 (点滴注射), Rp 02 (化学療法), Rp 03 (化学療法), Rp 04 (点滴注射).

プロトコールマスター内容

2 / 2

発行日時 2022/4/28 16:45

プロトコール名称 【乳】CPA+MTX+5-FU (CMF)

同一グループ

疾患名 乳癌 承認区分 承認済
診療科 乳腺外科 承認日時 2021/11/ 5 19:18
投薬日数 8日 承認者 早坂 大
休薬日数 20日 承認取消日時
最大クール数 無制限 承認取消者
心機能の確認 任意 更新者 早坂 大
体表面積 (m2) 計算式 DuBois式

有効開始日 2021/11/ 8 有効終了日

腎機能の値による実投与量の割合 かけない
CCR 0~25 ml/分 % GFR 0~25 ml/min %
CCR 25~50 ml/分 % GFR 25~50 ml/min %
CCR 50~75 ml/分 % GFR 50~75 ml/min %
CCR 75~100 ml/分 % GFR 75~100 ml/min %

腎機能の検査結果値による警告 無し
BUN mg/dL 以上 Scr mg/dL 以上

肝機能の検査結果値による警告 無し
AST U/L 以上 ALT U/L 以上
T-Bil mg/dL 以上

CBCの検査結果値による警告 無し
白血球 x百/μl 以下 リンパ球 % 以下
好中球 % 以下 血小板 x万/μl 以下
ヘモグロビン g/dL 以下

日前までの検査結果を参照

Table with columns: RpNo, 薬剤名/手技/コメント, 1回投与量 (補正単位), 速度指示, day(8) to day(13). Rows include Rp 01 (点滴注射), Rp 02 (化学療法), Rp 03 (化学療法), Rp 04 (点滴注射).

# プロトコルマスタ内容 (コメント)

発行日時 2022/4/28 16:45

プロトコル名称 【乳】CPA+MTX+5-FU(CMF)

同一グループ

疾患名	乳癌	承認区分	承認済
診療科	乳腺外科	承認日時	2021/11/ 5 19:18
投薬日数	8日	承認者	早坂 大
休薬日数	20日	承認取消日時	
最大クール数	無制限	承認取消者	
心機能の確認	任意	更新者	早坂 大
体表面積 (m <sup>2</sup> )	計算式 DuBois式		
有効開始日	2021/11/ 8	有効終了日	

腎機能の値による実投与量の割合	かけない		
C C r 0~25 ml/分	%	G F R 0~25 ml/min	%
C C r 25~50 ml/分	%	G F R 25~50 ml/min	%
C C r 50~75 ml/分	%	G F R 50~75 ml/min	%
C C r 75~100 ml/分	%	G F R 75~100 ml/min	%

腎機能の検査結果値による警告	無し		
B U N mg/dL	以上	S c r mg/dL	以上

肝機能の検査結果値による警告	無し		
A S T U/L	以上	A L T U/L	以上
T-Bil mg/dL	以上		

C B Cの検査結果値による警告	無し		
白血球 x百/ $\mu$ l	以下	リンパ球 %	以下
好中球 %	以下	血小板 x万/ $\mu$ l	以下
ヘモグロビン g/dL	以下		

日前までの検査結果を参照

コメント (オーダー適用時)

エンドキサン錠 : 100mg/m<sup>2</sup> day1-14の処方をお願いします。

コメント (帳票・一覧)

参考文献