

ID:	=患者情報!B1			(グリベック [イマチニブ]) 療法				施行日	クール		
患者氏名	=患者情報!B2		殿					入院/外来	入力日	年	月
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	開始日	年	月	日				
疾患名					週 投与	週 休業	診療科				
クール	備考 連日投与				医師名						
重要	B型肝炎の再活性化 (de novo B型肝炎) 対策として、右記の検査が未実施の場合は、全例スクリーニング対象となります。化学療法開始前or初回投与時に測定して下さい。 ※詳細については、『化学療法により発生するB型肝炎対策～浦添総合病院バージョン～』をご参照下さい。							<input type="checkbox"/> HBs抗原			
								<input type="checkbox"/> HBs抗体			
							<input type="checkbox"/> HBc抗体				
身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m ²	告知の有無		緊急医薬品 使用届提出 事後登録 不可 ↓
薬品名	単位	薬品名	単位	外来 化療 加算		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外	P	S	同意書 取得	<input type="checkbox"/> 済	
グリベック 400 [イマチニブ]	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body								

当院未採用薬のため、「緊急医薬品使用届」の提出が別途必要となります。

レジメン内容

順番	医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール
通常 投与量 <input type="checkbox"/>	グリベック錠(100mg) [イマチニブ]	400 mg/1x	P.O (食後)	1回 400 mg 1日 1回 連日服用
減量 <input type="checkbox"/>	グリベック錠(100mg) [イマチニブ]	mg/1x	P.O (食後)	1回 mg 1日 1回 連日服用
↑ 該当する内容に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。				

注意事項など

確認者

監査者