

治療日: 月 日
 今回()サイクル目

化学療法指示書

FOLFIRI+AFL

登録番号:210

ID:					
氏名			指示者		
身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00 m ²

進行・再発大腸がん

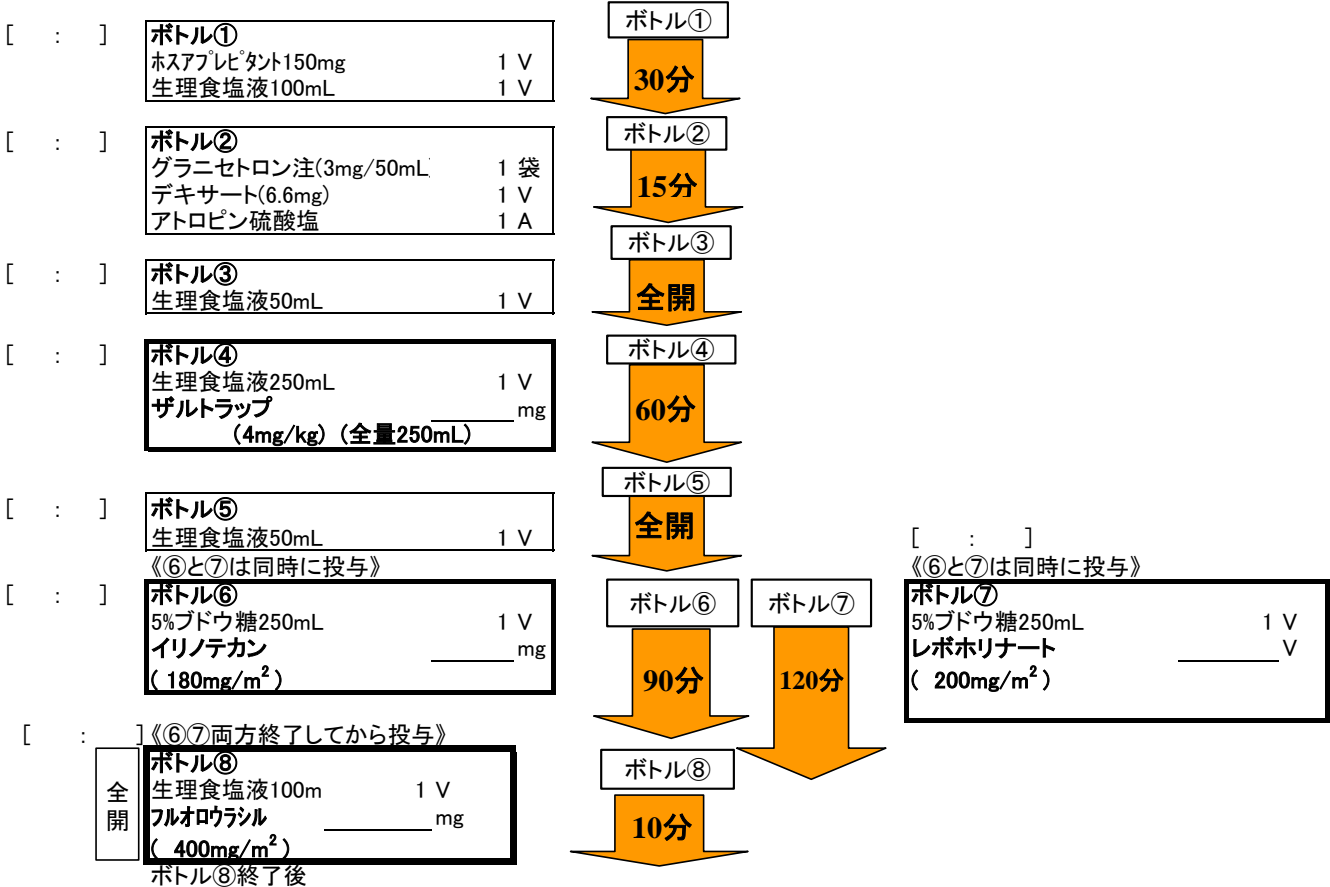
投与スケジュール



※メインルートにフィルター付きルート要

メインルート	側管
--------	----

生理食塩液100mL ルート確保・フラッシュ用



全開
 ボトル⑧
 生理食塩液100mL 1 V
 フルオウラシル _____ mg
 (400mg/m²)
 ボトル⑧終了後

中心静脈ポート



※ルートキープ用生理食塩液を5分間流す
 [:]

トレフューザーポンプ (typeT)	
ヘパリン	1 mL
生理食塩液	適量
フルオウラシル(2400mg/m ²)	_____ mg
全液量は 140mL	

テカトン(4) 2T分2 × 3日間 (翌日から)