

患者名 様
ID

化学療法名 クラドリビン

指示医師名: _____

治療日 _____ ~ _____

化学療法指示	治療第1日		治療第2~5日		第2日	第3日	第4日	第5日																	
	体調の確認	点滴	体調の確認																						
<p>Regimen Cladribine 0.12 mg/kg, day 1-5</p> <p>① 薬剤投与量決定 年齢 <input type="text"/> 才 身長 <input type="text"/> cm 実体重 <input type="text"/> kg 標準体重* 0.0 kg 体表面積 0.00 m² 体表面積* 0.00 m² 採用体重 0.0 kg 年齢係数 <input type="text"/> 前治療係数 <input type="text"/> ロイスタチン <input type="text"/> mg/kg</p> <p>算出値 処方量 0.00 <input type="text"/> mg</p> <p>生食 <input type="text"/> 250 ml</p>	<p>体温 _____ °C SpO2 _____ %</p> <p>血圧 _____ 脈拍 _____</p> <ul style="list-style-type: none"> 倦怠感 有・無 労作時息切れ 有・無 鼻汁・鼻閉・咽頭痛 有・無 咳・喀痰 有・無 発疹 有・無 食欲不振 有・無 腹痛・嘔気 有・無 下痢 有・無 便秘 有・無 その他体調不良 有・無 <p>看護師署名 _____</p> <p>治療実施 可 不可</p> <p>医師署名 _____</p>	<p>患者個人・指示票照合</p> <p>① <input type="text"/> ロイスタチン 0 mg <input type="text"/> 生食 250 ml 点滴、2時間</p> <p>医師署名 _____</p> <p>開始 _____ :</p> <p>治療中経過</p> <ul style="list-style-type: none"> 気分不快 有・無 嘔気・嘔吐 有・無 血管痛 有・無 点滴漏れ 有・無 その他の問題 有・無 <p>点滴終了 _____ :</p> <p>実施看護師署名 _____</p>	<p>問診上の問題</p> <p>体温 _____ °C SpO2 _____ % 血圧 _____ mmHg 脈拍 _____ /min</p> <p>医師指示 実施 中止</p> <p>医師署名 _____</p>	<p>有 無</p> <p>_____ °C _____ % _____ mmHg _____ /min</p> <p>実施 中止</p>	<p>有 無</p> <p>_____ °C _____ % _____ mmHg _____ /min</p> <p>実施 中止</p>	<p>有 無</p> <p>_____ °C _____ % _____ mmHg _____ /min</p> <p>実施 中止</p>	<p>有 無</p> <p>_____ °C _____ % _____ mmHg _____ /min</p> <p>実施 中止</p>																		
<p>② 注射オーダー入力 <input type="checkbox"/></p>	<p>点滴準備</p>	<p>点滴準備</p>	<p>点滴準備</p>	<p>点滴準備</p>	<p>点滴準備</p>	<p>点滴準備</p>	<p>点滴準備</p>	<p>点滴準備</p>																	
<p>ChemoNavi</p> <p>今回は 第 1 2 3 サイクル</p> <p>1月0日 ↓</p> <table border="1"> <tr> <td>治療日</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>Cladribine</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	治療日	1	2	3	4	5	28	Cladribine	●	●	●	●	●				<p>ボトル/シリンジ No _____</p> <p>① = <input type="text"/> ロイスタチン 0 mg (= 0.0 ml) <input type="text"/> 生食 250 ml</p>	<p>点滴終了 _____ :</p> <p>実施看護師署名 _____</p>	<p>点滴準備</p> <p>① <input type="text"/> ロイスタチン 0 mg <input type="text"/> 生食 250 ml 点滴、2時間</p> <p>医師署名 _____</p>	<p>実施医師署名 _____</p>	<p>実施医師署名 _____</p>	<p>実施医師署名 _____</p>	<p>実施医師署名 _____</p>
治療日	1	2	3	4	5	28																	
Cladribine	●	●	●	●	●																				
		<p>開始 _____ :</p> <p>治療中経過</p> <ul style="list-style-type: none"> 気分不快 有・無 嘔気・嘔吐 有・無 血管痛 有・無 点滴漏れ 有・無 その他の問題 有・無 <p>点滴終了・抜針 _____ :</p> <p>実施看護師署名 _____</p>	<p>有・無 有・無 有・無 有・無 有・無</p>	<p>有・無 有・無 有・無 有・無 有・無</p>	<p>有・無 有・無 有・無 有・無 有・無</p>	<p>有・無 有・無 有・無 有・無 有・無</p>																			