患者ID：

患者氏名：

生年月日：

身長：　cm　体重：　kg

体表面積：　㎡

プロトコール名：TD
Thalidomide+DEX

投与歴：　初回　・　継続

投与開始日：　年　月　日

前回投与日：　年　月　日

確認印	プロトコール	書記	薬局 確認印	看護師 確認印	医師 確認印

【適応基準】
1. Multiple Myeloma
2. Tranceplant / non-Tranceplant
3. Primary / maintenance / other

1サイクル＝　週	予定回数＝	Day 1	2	3	4		9	10	11	12		17	18	19	20								28
ｻﾚﾄﾞ	100-400mg/日	連日																					
DEX（ﾚﾅﾃﾞｯｸｽ）	40mg/日	↑	↑	↑	↑		↑	↑	↑	↑		↑	↑	↑	↑								

※Thalidomide：4週間隔で10

メインボトル	薬剤名	1回量	規格・計量	回数→ 投与速度	日	日	日	日	日	日	日	日
① ポート開通確認用 生理食塩液10mlシリンジ：1本												