患者ID：　　プロトコール名：R-　　投与歴：　初回　・　継続

患者氏名：　　投与開始日：　年　月　日　　前回投与日：　年　月　日

生年月日：

身長：　cm　　体重：　kg

体表面積：　㎡

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

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												
※R-投与30分前にプレメディ内服												
② 生食希釈　ml（1mg/mlに希釈）	リツキサン（375mg/㎡）	mg	100mgﾊﾞｲｱﾙ：　v 500mgﾊﾞｲｱﾙ：　v 生食　ml：　本	別紙参照								
③ 生食50ml			生食50ml：1瓶	全開								

【処方（院内処置算定）】	下記該当欄にチェック							
・IR対策（経口）：リツキサン投与30分前にブルフェン200mg、ポララミン2mg								
・								
・								
・								

【院外処方（化学療法のﾚｼﾞﾒﾝとして含む薬剤）】	下記該当欄にチェック							
・ST合剤orｲｿﾆｱｼﾞﾄﾞ								

【自宅での副作用対応】	下記該当欄にチェック							
・（発熱時）：LVFX 500mg/回　、ｱｾﾄｱﾐﾉﾌｪﾝ 400mg/回　（解熱しなければ受診）								
・（嘔気時）：								
・								
・								
・								
・								

【適応基準】
1. non-Hodgkin /
2. B-cell /
3. Indrent / Aggressive /
4. FL / DLBCL / MCL / MALT /
5. Tranceplant / non-Tranceplant
6. Primary / maintenance /

1サイクル＝　週	予定回数＝	Day 1																						
リツキサン（R）	375mg/㎡	↑																						

★投与基準不適合項目にチェック

【投与基準】	日	日	日	日	日	日	日	日
白血球数：								
好中球数：								
血小板数：								
ヘモグロビン値：								
総ビリルビン：								
AST/ALT：								
Cr：								
CCr：								
非血液毒性（食欲低下を除く）がGrade2以下								

※上記基準すべてを満たすまで投与延期

【要観察項目】
- ・心機能
- ・DXR累積投与量
- ・HFS
- ・神経障害（筋、知覚、自律）
- ・出血性膀胱炎
- ・TLS
- ・SWS
- ・FN
- ・IR

※Rituximab投与速度（副作用がなければ速度調節）

（初回）
- ・開始～30分　25(50)ml/hr
- ・以後30分毎に50ml/hrでup
- ※最大200ml/hr

（2回目以降）
- ・開始～30分　100ml/hr
- ・30分以降　200ml/hr

確認印	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査

確認印	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査	計数	計量	立会監査