レジメン登録内容

診療科：**消化器科**　　対象疾患：**クローン病・潰瘍性大腸炎**　　申請医師:

コード：**G-2004**

レジメン名：**【ﾊﾞｲｵｼﾐﾗｰ】ｲﾝﾌﾘｷｼﾏﾌﾞ初回（消化器科）**　　承 認 日：**2016/09/23**

1コース：　**14** 日間　　標準コース数：　**1 ～ 1**　回

Rp	処方	DOSE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14													
1	点滴静注 - メイン																												
	水溶性プレドニン注 20mg	1 A/body	↓																										
	生理食塩液注 100mL	1 本/body	↓																										
	時間：30分																												
2	点滴静注 - メイン																												
	インフリキシマブ注	5 mg/kg	↓																										
	生理食塩液 250mL	1 本/body	↓																										
	時間：2時間																												
	投与時、フィルターを使用してください																												
3	点滴静注 - メイン																												
	生理食塩液注 50mL	1 本/body	↓																										
	速度：全開で																												

その他：
外来化学療法センターを利用する患者限定
2017/2/24　名称変更