レジメン登録内容

診療科：**膠原病・リウマチ内科**　　対象疾患：**関節リウマチ**

申請医師:
コード：**H-1009**
承 認 日：**2015/12/25**

レジメン名：**RA　ｲﾝﾌﾘｷｼﾏﾌﾞ　初回（ﾌﾟﾚﾄﾞﾆﾝあり）**

1コース：　**14** 日間　　標準コース数：　**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 50mL	1 本/body	↓													
	速度：全開で															
2	点滴静注 - メイン															
	インフリキシマブ注	3 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															