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-1012**

レジメン名：**RA　ｲﾝﾌﾘｷｼﾏﾌﾞ　期間短縮（ﾌﾟﾚﾄﾞﾆﾝあり）**

承 認 日：**2024/02/21**

1コース：　28 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	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
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																													
	インフリキシマブ上限値：6mg/kg																													
	投与時、フィルターを使用してください。4回目以降、																													
	問題なければ1時間でも可。																													
3	点滴静注 - メイン																													
	生理食塩液注 50mL	1 本/body	↓																											
	速度：全開で																													