

薬剤部無菌調製対象薬剤確認要項一覧表

| 薬品名 | 前投薬 | | | | 併用薬 |
|---------|---------|-------|-------|---------|---------|
| | 抗ヒスタミン薬 | ステロイド | 解熱鎮痛薬 | その他 | |
| アービタックス | ○ | △ | | | |
| アクブラ | | | | | |
| アクラシノン | | | | | |
| アドセトリス | | | | | |
| アバスチン | | | | | |
| アブラキサン | | | | | |
| アラノンジー | | | | | |
| アリムタ | | | | | 葉酸、VB12 |
| アルケラン | | | | | |
| イストダックス | | | | | |
| イダマイシン | | | | | |
| イホマイド | | | | | |
| イミフィンジ | | | | | |
| イリノテカン | | | | | |
| エクザール | | | | | |
| エピルビシン | | | | | |
| エムプリシティ | ○ | | ○ | H2ブロッカー | |
| エルプラット | | | | | |
| エンドキサン | | | | | |
| エンハーツ | | | | | |
| オニバイド | | | | | |
| オプジーボ | | | | | |
| オンコビン | | | | | |
| オンパットロ | ○ | ○ | ○ | H2ブロッカー | VA |
| カイプロリス | | △ | | | |
| ガザイバ | ○ | △ | ○ | | |
| カドサイラ | | | | | |
| カルセド | | | | | |
| カルボプラチン | | | | | |
| キイトルーダ | | | | | |
| キロサイド | | | | | |
| ゲムシタビン | | | | | |
| コスメゲン | | | | | |
| サイメリン | | | | | |
| サイラムザ | △ | △ | △ | | |
| サークリサ | ○ | ○ | ○ | H2ブロッカー | |
| ザルトラップ | | | | | |
| サンラビン | | | | | |
| ジェブタナ | ○ | ○ | | H2ブロッカー | |
| シスプラチン | | | | | |
| ジフォルタ | | | | | 葉酸、VB12 |

薬剤部無菌調製対象薬剤確認要項一覧表

| 薬品名 | 前投薬 | | | | 併用薬 |
|----------|---------|---------------|-------|-------------------|-----|
| | 抗ヒスタミン薬 | ステロイド | 解熱鎮痛薬 | その他 | |
| ダウノマイシン | | | | | |
| ダカルバジン | | | | | |
| ダラキューロ | ○ | ○ | ○ | モンテルカスト (初回のみ) | |
| ダラザレックス | ○ | ○ | ○ | モンテルカスト (初回のみ) | |
| テセントリク | | | | | |
| テモダール | | | | | |
| テラルビシン | | | | | |
| トーリセル | ○ | | | | |
| ドキシル | | | | | |
| ドキソルビシン | | | | | |
| ドセタキセル | | | | | |
| トリセノックス | | | | | |
| トレアキシシ | | | | | |
| ナベルビン | | | | | |
| ニドラン | | | | | |
| ノバントロン | | | | | |
| パージェタ | | | | | |
| ハーセプチン | | | | | |
| ハイカムチン | | | | | |
| パクリタキセル | ○ | ○ | | H2ブロッカー | |
| バベンチオ | ○ | | ○ | | |
| ハラヴェン | | | | | |
| ビダーザ | | | | | |
| ビーリンサイト | | ○ (初回、増量時) | | | |
| フィルデシン | | | | | |
| ブスルフェクス | | | | | |
| フルオロウラシル | | | | | |
| フルダラ | | | | | |
| ブレオ | | | | | |
| ベクティビックス | | | | | |
| ベスポンサ | | | | | |
| ベルケイド | | | | | |
| ポテリジオ | ○ | ○ | ○ | | |
| ポライビー | △ | △ | △ | | |
| マイトマイシン | | | | | |
| マイロターグ | ○ | △ | ○ | | |
| マブキャンパス | ○ | △ | ○ | | |
| メソトレキセート | | | | | |
| ヤーボイ | | | | | |

薬剤部無菌調製対象薬剤確認要項一覧表

| 薬品名 | 前投薬 | | | | 併用薬 |
|----------|---------|-------|-------|-----|-----|
| | 抗ヒスタミン薬 | ステロイド | 解熱鎮痛薬 | その他 | |
| ラステット | | | | | |
| リサイオ | | | | | |
| リツキサン | ○ | △ | ○ | | |
| リツキシマブBS | ○ | △ | ○ | | |
| レミトロ | ○ | ○ | ○ | | |
| ロイスタチン | | | | | |
| ロイナーゼ | | | | | |

前投薬⇒Infusion reaction、アレルギーの予防等に必要(表中の用語・記号は以下を参照のこと)

○ 必須

△ 必須ではないが、場合により考慮する

| | |
|----------------|--|
| 抗ヒスタミン薬 | 点滴→ポララミン |
| | 内服→レスタミンコーワ、クラリチン等 |
| ステロイド | ソル・コーテフ、ハイドロコートン、ソル・メドロール、デキサート、プレドニン等 |
| 解熱鎮痛薬 | カロナール、ブルフェン等 |
| H2ブロッカー | ガスター等 |