

**整形外科③****<化学療法予約箋>**

プロトコール名	インフリキシマブ療法
病名	関節リウマチ

プロトコール

薬品名	成分名	基準値	施行日	休薬
インフリキシマブ	インフリキシマブ	3mg/kg/day	0、2W、6W（導入期）	-

&lt;導入期後、8週ごと&gt;

※6週以後効果不十分か減弱の場合に投与変更時選択  
mg/kg/day 週ごと  
mg/kg/day 週ごと

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
施行日						

① 生食 100mL ルートキープ

② 生食 250mL + インフリキシマブ mg

(1.2ミクロン以下のメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与すること。)

備考

--