【No.29】 tri-weekly HER + DTX療法

病名＿＿＿＿＿＿　ID　　－　　氏名＿＿＿＿＿＿（　才）（男・女）※化学療法承諾書要作成

身長　　cm　体重　　kg　体表面積　　㎡　PS　0・1・2・3・4

科　主治医＿＿＿＿＿＿　治療ライン　次治療　服薬指導　依頼する・不要

HBs抗原（+）→HBV DNA（　）,HBs抗原（-）→HBc抗体（　）HBs抗体（　）　確認医（科長）＿＿＿

【警告】（トラスツズマブ添付文書より抜粋）
・必ず投与開始前には、患者の心機能を確認すること。
・安静時呼吸困難のある患者において、Infusion reactionが重篤化しやすいので、十分に観察しながら慎重に投与すること。

投与延期・中止基準（ドセタキセル添付文書より抜粋）
・好中球数2000/mm³未満

トラスツズマブ点滴時間
初回90分、2回目以降は30分まで短縮可能

※化学療法実施当日の2号紙に、実施の可否について記載すること。
（記載確認後ミキシング開始となります。）

コース	体重	day1	HER点滴時間	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	実施日	day1	2	3	4	5	6	7	8	…	21
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ（穿刺）生食250mlでルート確保 ○末梢患者 生食250mlでルート確保			指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
② 生食100ml＋{グラニセトロン1A or パロノセトロン1V} ＋ デキサート＿＿＿＿mg ＋ ポララミン＿＿A ＋{ ファモチジン1A or ホスアプレピタント1V } ※ホスアプレピタント使用の場合、①残液でフラッシュ。	30分		指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
③ 生食250ml ＋ ドセタキセル＿＿＿mg 変更1:＿＿＿mg（変更日:＿＿＿＿） 変更2:＿＿＿mg（変更日:＿＿＿＿）	60分	60 or 70mg/m² 軽度 10-30%	指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
④ 初回 生食250ml ＋ 注射用水20ml2V ＋ トラスツズマブ＿＿＿mg	90分	8mg/kg 最小 10%未満	指示	●（初回のみ）									
			受領										
			入力										
			実施										
④' 2回目以降 生食250ml ＋ 注射用水20ml2V ＋ トラスツズマブ＿＿＿mg 変更1:＿＿＿mg（変更日:＿＿＿＿） 変更2:＿＿＿mg（変更日:＿＿＿＿）	30-90分	6mg/kg 最小 10%未満	指示	●（2回目以降）									
			受領										
			入力										
			実施										
⑤ ①の残液でフラッシュ			指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
⑥ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml （ポート患者のみ）			指示	（●）									
			受領										
			入力										
			実施										

1投2休（3週毎）

太枠内は原本に記入せず、カラーコピーして使用すること。

在庫確保のため、投与2日前（休日を挟む場合は休前日）までに薬剤科へコピーを提出すること。　改定日R3.6.29