【No.31】 weekly HER + GEM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。

中止又は延期基準
(ゲムシタビン添付文書より抜粋)
・白血球数2000/μL未満
・血小板数7万/μL未満

※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	D1	8	15	受領	受領

コース	体重	D1	8	15	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク
① ○ポート患者　生食20mlシリンジ(穿刺) 生食250mlでルート確保後、ロック ○末梢患者　生食250mlでルート確保後、ロック		
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	
③ (OP室用)生食100ml＋ゲムシタビン＿＿＿mg 変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿) 変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿)	30分	1250mg/㎡ 軽度 10-30%
④ 初回のみ(90分) 生食250ml ＋ 注射用水20ml 2V ＋ トラスツズマブ＿＿＿mg ④' 2回目以降(30分) 生食250ml ＋ 注射用水20ml 2V ＋ トラスツズマブ＿＿＿mg	初回4mg/kg 以降2mg/kg	最小 10%未満
⑤ ①の残液でフラッシュ		
⑥ 生食20ml シリンジロック or ヘパリンシリンジロック (ポート患者のみ)		

HER:毎週　GEM:2投1休 (4週毎)

実施日	D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
指示	●							●							●						
受領																					
入力																					
実施																					
指示	●							●													
受領																					
入力																					
実施																					
指示	●							●													
受領																					
入力																					
実施																					
指示	●							●							●						
受領																					
入力																					
実施																					
指示	●							●							●						
受領																					
入力																					
実施																					
指示	●							●							●						
受領																					
入力																					
実施																					
指示	(●)							(●)							(●)						
受領																					
入力																					
実施																					

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