【No.40】 tri-weekly HER + ABI療法 病名 ID 氏名 (才)(男·女) ※化学療法承諾書要作成 身長 体重 体表面積 m PS 0 · 1 · 2 · 3 · 4 cm kg 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) 指示 コース 体重 HER点滴時間 受領 dav1 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(アブラキサン添付文書より抜粋) ·好中球数1500/mm3未満 ·血小板数10万/mm3未満 アブラキサン減量の目安(添付文書より抜粋) •1段階減量:220mg/m² •2段階減量:160mg/m² 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 アブラキサンの指示方法 100mg1Vにつき生食20mlで溶解し、原液で投与するため残液の 生食は廃棄する。例えばアブラキサンを300mg使用する場合、 生食の指示は60mlとなる。 アブラキサンの入力方法 生食41mLを超える場合:生食100ml〇〇V ・生食40mL以下の場合:生食50ml〇〇V ※逸脱例に使用する場合は、患者の同意がある旨2号紙に 記載すること。(記載確認後ミキシング開始となります。) 2 3 4 5 6 7 8 ... 21 day1 点滴時間 計算式 指示内容 実施日 催吐リスク Oポート患者 指示 生食20mlシリンジ(穿刺)生食250mlでルート確保 受領 〇末梢患者 入力 生食250mlでルート確保 実施 ② 生食 ml + アブラキサン 260mg/m² 30分 指示 ※5mg/mlの濃度で投与(指示・入力は上記参照) 受領 変更1:生食___ml+___mg(変更日: 変更2:生食 ml+ mg(変更日: 軽度 フィルター**不可** 入力 変更2:生食_ mg(変更日: 10~30% _ml+_ 実施 ③ 初回 生食250ml + 注射用水20ml2V 90分 8mg/kg 指示 ● (初回のみ) + トラスツズマブ____mg 受領 最小 入力 10%未満 実施 ③'2回目以降 生食250ml + 注射用水20ml2V 30-90分 6mg/kg 指示 ● (2回目以降) + トラスツズマブ 受領 変更1:_____mg(変更日:_ 変更2:____mg(変更日:_ 最小 入力 10%未満 実施 ④ ①の残液でフラッシュ 指示 受領 入力 実施 ⑤ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml 指示 (\bigcirc) (ポート患者のみ) 受領 入力 実施 指示 受領

入力

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。

1投2休(3週毎)