【No.78】 PER+HER+HAL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)＿＿＿

中止又は延期基準(ハラヴェン添付文書より抜粋)
- 好中球数1000/mm^{3}未満
- 血小板数7.5万/mm^{3}未満
- 非血液毒性Grade3以上

減量の目安(ハラヴェン添付文書より抜粋)
1.4mg/m^2 → 1.1mg/m^2 → 0.7mg/m^2 → 投与中止を考慮

※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	指示	受領

コース	体重	D1	8	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 初回のみ(60分) 生食250ml ＋ パージェタ420mg 2V ②' 2回目以降(30分) 生食250ml ＋ パージェタ420mg 1V		最小 10%未満
③ 初回のみ(90分) 生食250ml ＋ 注射用水20ml 2V ＋ トラスツズマブ＿＿＿mg ③' 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8mg/kg 以降6mg/kg	最小 10%未満
④ 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	
⑤ 生食50ml 0.6V ＋ ハラヴェン＿＿＿mg 変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿) 変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿) ※終了後①の残液でフラッシュ	5分	1.4mg/m^2 軽度 10-30%
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)		
3週毎(2投1休、d8はHALのみ)		

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																					

【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。

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