【No.105】 HER+S1+CDDP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・延期基準(添付文書、適正使用の目安より抜粋)
・白血球2000/mm³未満(エスワン)　・好中球1000/mm³未満(エスワン)
・血小板7.5万/mm³未満(エスワン)　・Ccr30未満(エスワン、シスプラチン)

エスワン減量基準(エスワンタイホウ適正使用の目安より抜粋)
・Ccr60−80:必要に応じて1段階減量
・Ccr30−60:原則として1段階以上の減量　右下の欄へ続く

コース	体重	D1		指示	受領

コース	体重	D1		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) ② ST1 500ml(120分)×2回 【本ルート①】 ③ 生食250mlでプライミング 【ルート②】		
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8mg/kg 以降6mg/kg ルート2	最小 10%未満
⑤ 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 or ※アロカリス1V} ※終了後、③残液でフラッシュ。	30分 ルート2	
⑥ (ケモ専用)生食500ml＋シスプラチン＿＿＿mg ※終了後、③の残液でフラッシュ 変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿) 変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿)	120分 ルート2	60mg/㎡ 高度 90%以上
⑦ ラクテック500ml ＋ ラシックス20mg1A ⑧ 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)	120分 ルート1	
内服:エスワン 1回＿＿＿mg 1日2回朝夕食後 14日分 (初日は夕食後より開始) 変更1:1回＿＿＿mg(変更日:＿＿＿) 変更2:1回＿＿＿mg(変更日:＿＿＿)	d1夕−d15朝	右記 軽度 10−30%

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	夕	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	朝						
受領																					
入力																					
実施																					

左上の欄より続き

エスワン投与量(1回量)
体表面積
1.25m²未満 = 40mg
1.25−1.5m² = 50mg
1.5m²以上 = 60mg

※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。)

※アロカリス:原則として、入院患者への使用はホスアプレピタントを使用できない症例に限定すること。

3週毎(HER,CDDP:1投2休、S1:2投1休)

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R5.2.27