

ID:	=患者情報!B1			( <b>XELOX</b> <b>+ハーセプチン</b> ) 療法				施行日	クール		
患者氏名	=患者情報!B2		殿					入院/外来	入力日	年	月
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8								
疾患名					開始日	年	月	日			
クール	カヘンタビン :2週投与1週休薬 L-OHP: Day1 トラスツマブ(ハーセプチン注)・・・ Day1				診療科						
					医師名						

**重要** B型肝炎の再活性化 (de novo B型肝炎) 対策として、右記の検査が未実施の場合は、全例スクリーニング対象となります。化学療法開始前 or 初回投与時に測定して下さい。  
 ※詳細については、『化学療法により発生するB型肝炎対策～浦添総合病院バージョン～』をご参照下さい。

HBs抗原  
 HBs抗体  
 HBc抗体

適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降	告知の有無		P	S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済
	<input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発	身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00 m <sup>2</sup>
	<input checked="" type="checkbox"/> HER2過剰発現が確認された症例						

薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位
トラスツマブ	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg	トラスツマブ	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg	オキサリプラチン (L-OHP)	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup>	カヘンタビン 2,000	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup>
初回 8	<input type="checkbox"/> mg/body	2回目以降 6	<input type="checkbox"/> mg/body	130	<input type="checkbox"/> mg/body	(1回 1,000mg/m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> mg/body

**【注意】** 副作用等の理由にてトラスツマブの投与予定日より1週間を超えた場合は、初回投与量の8mg/kgで投与することが望ましい。

外来化学療法加算  A  B  対象外

CVポート留置  済  予定

### レジメン内容

順番	医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール
経口	ゼローダ錠 (300mg) [カヘンタビン]	mg/2x	P.O	朝
				夕
2週投与1週休薬				
順番	医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール
①	イメンドCap (125mg)	1Cap	P.O	②と同時に投与

初回のみ (8mg/kg)

2回目以降

投与部位	投与量	投与部位
トラスツマブ [ハーセプチン]	mg	D.I.V
注射用水 (20)	1~2 A	投与スケジュール
生食液 (250)	250 mL	90分

投与部位	投与量	投与部位
トラスツマブ [ハーセプチン]	mg	D.I.V
注射用水 (20)	1~2 A	投与スケジュール
生食液 (250)	250 mL	30分

順番	医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール
③	デキサート注 (3.3mg)	3.3mg	D.I.V	15分
	アロキシ点滴静注バッグ (0.75mg/50mL/袋)	1袋		
④	オキサリプラチン注 [エルプラット]	mg	D.I.V	2時間 血管痛の状態に合わせて延長可
	デキサート注 (3.3mg)	3.3mg		
	5%ブドウ糖液	<input type="checkbox"/> 500mL (末梢静脈投与の場合) <input type="checkbox"/> 250mL (中心静脈投与の場合)		

**Day 2 & 3** イメンドCap (80mg) 1Cap/回 ※午前中に投与すること  
**Day 2 ~ 4** テカドロン錠 (4mg) 1錠/1x(朝食後)

内服・外用処方にて手足症候群予防対策をお願いします。  
 (1) ビドキサール錠 (10) 3~6錠/日, (2) 保湿剤 (ヒルドイドなど)

### 注意事項など

	1Kur目	2Kur目	確認者	監査者
Day	1 .....	14 15 .....	22 .....	35 36
カヘンタビン	↓ .....	↓ .....	↓ .....	↓
トラスツマブ	↓	↓	↓	
オキサリプラチン	↓	↓	↓	