

ID:	=患者情報!B1			(エンハーツ) 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	日	
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	開始日	年	月	日						
疾患名					開始日	年	月	日					
クール	週	投与	週	休薬	診療科								
	備考	3週毎 (Day1のみ)			申請医師名								
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発				告知の有無		P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済				
	<input checked="" type="checkbox"/> トラスツマブ、タキサン系薬剤、トラスツマブエムタンシンによる治療歴あり				身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m <sup>2</sup>

エンハーツ注は当院未採用薬のため、「緊急医薬品使用届」の提出が別途必要です。

**処方医へ 必ず下記を実施・確認して下さい。**  
 ・投与開始前に必ず胸部CT検査、胸部X線検査、動脈血酸素飽和度 (SpO2) 検査及び問診を行ってください。  
 ・間質性肺疾患の合併又は既往歴がない事を確認し、投与の可否を慎重に判断してください。

<b>重要</b>	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。		<input type="checkbox"/> HBs抗原
	※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。		<input type="checkbox"/> HBs抗体
			<input type="checkbox"/> HBc抗体

薬品名	単位	外来化療加算	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外	全例調査の為 製薬会社へのFAX登録 (申請医師にて対応)	<input type="checkbox"/> 済
エンハーツ 初回 5.4	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/body				

## 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
①	デキサート注 (3.3mg)	6.6mg	D.I.V	15分
	アロキシ点滴静注バッグ (0.75mg/50mL/袋)	1袋		
②	5%ブドウ糖液 (20mL)	1A	I.V	ラインフラッシュ用
③	エンハーツ点滴静注用 (トラスツマブ デルクステカン)	mg	D.I.V (遮光して)	90分以上 かけて ※初回投与の忍容性が良好の場合30分に短縮可能
	注射用水 (20mL)	1A		
	5%ブドウ糖液 (100mL)	250mL		
④	5%ブドウ糖液 (20mL)	1A	I.V	ラインフラッシュ用

### 【薬剤師へ】エンハーツ点滴静注用のミキシング時の注意点

- ①エンハーツ点滴静注用1瓶に対して注射用水5mLで溶解し、20mg/mLとして必要量を抜き取る
- ②フィルター付プライミングセットを使用してください。
- ③払い出す際には「遮光袋」で遮光した上で払い出しをして下さい。

### 【看護師へ】エンハーツ点滴静注用の投与時の注意点

- ①生理食塩水で配合変化が起こります！ルート内は5%ブドウ糖液でフラッシュして下さい。
- ②光で分解します！投与中も混注ボトルには遮光袋をかけたままで投与してください。
- ③調製及び投与を合わせて4時間以内に使用してください。

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">1Kur目</td> <td style="text-align: center;">2Kur目</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Day 1 8 15 22 29 .....</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">トラスツマブ デルクステカン</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">↓</td> </tr> </table>	1Kur目	2Kur目	Day 1 8 15 22 29 .....		トラスツマブ デルクステカン	↓	確認者	【下記の薬剤の使用履歴確認】 <input type="checkbox"/> トラスツマブ <input type="checkbox"/> タキサン系薬剤 <input type="checkbox"/> トラスツマブエムタンシン (カドサイラ) ※未使用の場合は疑義対象！	監査者
1Kur目	2Kur目								
Day 1 8 15 22 29 .....									
トラスツマブ デルクステカン	↓								

**注意事項など**