

ID:	=患者情報!B1			(ハーセプチン【毎週】) 療法				施行日	クール
患者氏名	=患者情報!B2		殿						
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	入院/外来	入力日	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	毎週投与(週1回)			申請 医師名	

適応 基準	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 術前	<input checked="" 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

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。

薬品名	単位	薬品名	単位	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
トラスツマブ 初回 4	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/body	トラスツマブ 2回目以降 2	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/m ² <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
初回	トラスツマブ注【先:ハーセプチン注】		mg	90分以上 かけて
	注射用水(20mL) ※トラスツマブ溶解用※	1~2A	D.I.V	
	生食液(250mL)	250mL		

以降 2 回目	トラスツマブ注【先:ハーセプチン注】		mg	30分以上 かけて ※初回投与の忍容性が 良好の場合
	注射用水(20mL) ※トラスツマブ溶解用※	1~2A	D.I.V	
	生食液(250mL)	250mL		

ハーセプチン注: 投与予定日より**7日**を超えた場合 ⇒ **初回投与量に戻す**必要があります。

1Kur目	2Kur目	3Kur目		毎週投与	3週毎投与	確認者	監査者
Day 1	8	15	○	○		
トラスツマブ ↓	↓	↓		○	○		
				○	○		

注意事項など