

ID:	=患者情報!B1			(ラパチニブ + レトロゾール) 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					週 投与	週 休薬	診療科		
クール	備考			医師名					
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input 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"/> HER2陽性且つ閉経後乳癌患者			身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00 m <sup>2</sup>
<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。 ※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抗原 <input type="checkbox"/> HBs抗体 <input type="checkbox"/> HBc抗体	
	薬品名	単位	薬品名	単位	タイケルブ錠 → 緊急医薬品使用届 提出 (事後登録不可)	<input type="checkbox"/> 済	外来 化療 加算	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外	
タイケルブ錠 [ラパチニブ]	1500	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	フェマーラ錠 [レトロゾール]	2.5	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body				
<b>レジメン内容</b>									
順番	医薬品名		投与量		投与部位		投与スケジュール		
①	タイケルブ錠 (250mg) [ラパチニブ]		1500 mg/1x		P.O		1回 1500 mg 連日投与 食事1時間前or食後1時間以降		
→ 1250mg/日まで減量可。 ※1250mg/日未満の投与量は推奨できません。									
②	フェマーラ錠 (2.5mg) [レトロゾール]		2.5 mg/1x		P.O (朝食後)		1回 2.5 mg 連日投与		
1Kur目 Day 1 ..... ラパチニブ ↓ ..... (効果が認められなくなるまで連日投与) レトロゾール ↓ ..... (効果が認められなくなるまで連日投与)							確認者	監査者	
<b>注意事項など</b>									