

ID:	=患者情報!B1			( Triweekly ハーセプチン +ビリンビリン【CVポート用】 ) 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	ハーセプチン注: 1週投与2週休薬(3週毎) (トラスツマブ)	診療科			
	ビリンビリン注: 2週投与1週休薬	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	
	<input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発				同意書取得 <input type="checkbox"/> 済
	<input checked="" type="checkbox"/> HER2陽性 原則としてCVポートがある患者	身長	cm	体重	kg
				体表面積	0.00 m <sup>2</sup>

**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 8	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/body	トラスツマブ 2回目以降 6	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/body	VNR 25	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <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 初回	トラスツマブ注【先:ハーセプチン注】	mg	D.I.V (中心静脈)	90分以上かけて
	注射用水(20mL) ※トラスツマブ溶解用※	1~2A		
	生食液(250mL)	250mL		
目 以降 2 回	トラスツマブ注【先:ハーセプチン注】	mg	D.I.V (中心静脈)	30分以上かけて ※初回投与の忍容性が 良好の場合
	生食液(250mL)	250mL		
②	ビリンビリン注(VNR) 【ナベルピン】	mg	D.I.V (中心静脈)	5分
	注射用水(20mL) ※トラスツマブ溶解用※	1~2A		
	生食液(50mL)	50mL		
③	生食液(50mL)	50mL	D.I.V (中心静脈)	全開 (血管内フラッシュ目的)

CVポート使用時は、末梢静脈用に行う“ステロイド前投与”や“生食250mLフラッシュ”は不要である。  
 CVポートの流れが問題なければ、すぐ①から開始する。

※CVポートが留置されておらず、止む無く末梢静脈から投与する場合は、  
 血管痛リスクに十分注意した上で投与すること。

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。

	1-①	1-②	2-①	2-②	3-①	3-②	4-①		
Day	1	8	15	22	29	36	43	50	57
HER(初回)	↓								
HER(2回目以降)				↓			↓		↓
VNR	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓

確認者	監査者

注意事項など