

ID:	=患者情報!B1		( SOX +トラスツズマブ ) 療法				施行日	クール
患者氏名	=患者情報!B2						入院/外来	入力日
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7						
疾患名					開始日	年	月	日
クール	TS-1 :2週投与1週休薬 L-OHP(オキサリプラチン注):Day1 トラスツズマブ... 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。						<input type="checkbox"/> HBs抗原	
							<input type="checkbox"/> HBc抗体	
						<input type="checkbox"/> 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 <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過剰発現が確認された症例			身長	cm	体重	kg	体表面積

薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位
トラスツズマブ	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg	トラスツズマブ	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg	オキサリプラチン(L-OHP) 130	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup>	TS-1 80	<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		<input type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/body

**【注意】**  
副作用等の理由にてトラスツズ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  
化療  
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
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 (6mg/kg)

投与部位	投与量	投与部位
トラスツズマブ	mg	D.I.V 投与スケジュール
注射用水	適量 mL	120mg/Vは7.2mLで溶解 60mg/Vは3.0mLで溶解
生食液(250)	250 mL	90分

投与部位	投与量	投与部位
トラスツズマブ	mg	D.I.V 投与スケジュール
注射用水	適量 mL	120mg/Vは7.2mLで溶解 60mg/Vは3.0mLで溶解
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 ※末梢静脈と中心静脈の場合で用量変更あり	<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)		

👉 該当する内容に を入れて下さい。

<input type="checkbox"/>	TS-1(1.25m <sup>2</sup> 未満)	80mg/2x	P.O	1回 40mg
<input type="checkbox"/>	TS-1(1.25m <sup>2</sup> 以上~1.50m <sup>2</sup> 未満)	100mg/2x	P.O	1回 50mg
<input type="checkbox"/>	TS-1(1.50m <sup>2</sup> 以上)	120mg/2x	P.O	1回 60mg
<input type="checkbox"/>	TS-1(その他)	mg/2x	P.O	1回 mg

**Day 2 & 3** イメンドCap(80mg) 1Cap/回 ※午前中に投与すること  
**Day 2 ~ 4** デカトロン錠(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		
TS-1	↓	.....	↓	.....	↓	.....	↓	.....	↓	
トラスツズマブ	↓	.....	↓	.....	↓	.....	↓	.....	↓	
オキサリプラチン	↓	.....	↓	.....	↓	.....	↓	.....	↓	