

ID:	=患者情報!B1			(Weekly PTX + Weekly ハーセプチン) 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				ハクリタキセル … 3週投与1週休薬 トラスツマブ … 毎週投与		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 checked="" 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	
	身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m ²

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
PTX 80	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	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		

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	レスタミンコーワ錠(10mg)	5錠	P.O	ハクリタキセル投与30分前までに内服
②	デキサト注(3.3mg)	6.6mg	D.I.V	15分
	ファモチジン注(20mg)	20mg		
	生食液(50mL)	50mL		
③	ハクリタキセル注(PTX)	<input type="text"/> mg	D.I.V	1時間
	生食液(250mL)	250mL		
④ 初回	トラスツマブ注【先:ハーセプチン注】	<input type="text"/> mg	D.I.V	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		
④' 2回目以降	トラスツマブ注【先:ハーセプチン注】	<input type="text"/> mg	D.I.V	30分以上かけて ※但し初回投与の忍容性が良好な場合に限る
	注射用水(20mL) ※トラスツマブ溶解用※	1~2A		
	生食液(250mL)	250mL		

(1)ハクリタキセル+ハーセプチン併用時 … ①+②+③+④(or ④')
 (2)ハーセプチン単独時 … ④'のみ [原則として初回はハクリタキセルと併用のため④は該当しない]

看護師の方々へ:パクリタキセル投与の際は必ずPVC点滴フリーセット、フィルターを使用して下さい。

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

注意事項など