ID:	=患者情報!B1		
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

（ XELOX+ハーセプチン ） 療法

施行日	クール

入院/外来		入力日		年		月		日
疾患名		開始日		年		月		日
クール	カペシタビン　:2週投与1週休薬 L-OHP:Day1 トラスツズマブ(ハーセプチン注)・・・　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。

☐ HBs抗原
☐ HBs抗体
☐ HBc抗体

適応基準												
	☑ 1st Line	☐ 2nd Line	☐ 3rd Line以降	告知の有無		P S		同意書取得	☐ 済			
	☐ 術前	☐ 術後補助	☑ 進行	☑ 再発								
	☑ HER2過剰発現が確認された症例			身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m^2

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 初回　8	☑ mg/kg ☐ mg/body	トラスツズマブ 2回目以降　6	☑ mg/kg ☐ mg/body	オキサリプラチン (L-OHP) 130	☑ mg/m^2 ☐ mg/body	カペシタビン　2,000 (1回　1,000mg/m2)	☑ mg/m^2 ☐ 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		CVポート留置	
	☑ A		☐ 済
	☐ B		☐ 予定
	☐ 対象外		

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		
経口	ゼローダ錠(300mg) [カペシタビン]		mg/2x	P.O	朝		mg
					タ		mg
					2週投与1週休薬		

順番	医薬品名	投与量		投与部位	投与スケジュール

初回のみ (8mg/kg)

	投与部位	投与量		投与部位
②	トラスツズマブ [ハーセプチン]		mg	D.I.V
	注射用水(20)	*1～2*	A	投与スケジュール
	生食液(250)	*250*	mL	90分

2回目以降 (6mg/kg)

	投与部位	投与量		投与部位
②'	トラスツズマブ [ハーセプチン]		mg	D.I.V
	注射用水(20)	*1～2*	A	投与スケジュール
	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	30分
	アロキシ点滴静注バッグ (0.75mg/50mL/袋)	1袋		
	アロカリス点滴静注(235mg)	1V		
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	デキサート注は血管痛予防目的でpH調整のため混注	
	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	☐ 500mL (末梢静脈投与の場合) ☐ 250mL (中心静脈投与の場合)		

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） ピドキサール錠(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		
Day	1 ・・・・・・	14	15・・・・	22 ・・・・・・	35	36
カペシタビン	↓ ・・・・・・	↓		↓ ・・・・・・	↓	
トラスツズマブ	↓			↓		
オキサリプラチン	↓			↓		

確認者	監査者