

ID:	=患者情報!B1			(ハーセプチン【毎週】) 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	週 投与		週 休薬		診療科				
	備考	毎週投与(週1回)			申請 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 checked="" 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。

<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	薬品名	単位	外来 化療 加算
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			<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 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
初 回	トラスツマブ [®] 注【先:ハーセプチン注】	 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		
以 降 2 回 目	トラスツマブ [®] 注【先:ハーセプチン注】	 mg	D.I.V	30分以上 ^{かけて} ※初回投与の忍容性が 良好の場合
	注射用水(20mL) ※トラスツマブ [®] 溶解用※	1~2A		
	生食液(250mL)	250mL		

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。

	1Kur目	2Kur目	3Kur目	
Day	1	8	15
トラスツマブ [®]	↓	↓	↓	

	毎週投与	3週毎投与
術前補助	○	○
術後補助	○	○
進行再発	○	○

確認者	監査者

注意事項など