

ID:	=患者情報!B1		(SOX +トラスツマブ) 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					診療科			
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 トラスツマブ... Day1				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。
 HBs抗原
 HBs抗体
 HBc抗体
※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。

適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降	告知の有無		P	S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済			
	<input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発	<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	0.00

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

【注意】 副作用等の理由にてトラスツ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	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外	CVポート留置	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 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
----	------	-----	------	----------

初回のみ (8mg/kg)

2回目以降 (6mg/kg)

投与部位	投与量	投与部位
トラスツマブ	mg	D.I.V 投与スケジュール
注射用水	適量 mL	120mg/VIは7.2mLで溶解 60mg/VI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
トラスツマブ	mg	D.I.V 投与スケジュール
注射用水	適量 mL	120mg/VIは7.2mLで溶解 60mg/VI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	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		
	5%ブドウ糖液 <small>※末梢静脈と中心静脈の場合で用量変更あり</small>	<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 ² 未満)	80mg/2x	P.O	1回 40mg
<input type="checkbox"/>	TS-1 (1.25m ² 以上~1.50m ² 未満)	100mg/2x	P.O	1回 50mg
<input type="checkbox"/>	TS-1 (1.50m ² 以上)	120mg/2x	P.O	1回 60mg
<input type="checkbox"/>	TS-1 (その他)	mg/2x	P.O	1回 mg

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	確認者	監査者
Day	1	14 15..... 22		
TS-1	↓	↓		
トラスツマブ	↓	↓		
オキサリプラチン	↓	↓		