

ID:	=患者情報!B1			( <b>カペシタビン</b> + <b>ハーセプチン</b> ) 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	ゼローダ錠(カペシタビン) : 3週投与1週休薬			医師名					
	ハーセプチン注(トラスツマブ) : 毎週投与								
<b>重要</b>	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。							<input type="checkbox"/> HBs抗原	
	※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抗体 <input type="checkbox"/> HBc抗体	
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" 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			身長	cm	体重	kg	体表面积 0.00 m <sup>2</sup>	
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		
ゼローダ錠[カペシタビン] 1800 ~ 3000	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" 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				
<b>レジメン内容</b>									
順番	医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール					
①	ゼローダ錠(300mg) [カペシタビン]	mg/2x	P.O	朝		mg	3週投与1週休薬		
				夕		mg			
ゼローダ錠(カペシタビン)の1日投与量については、下記の目安量をご参照下さい。									
(一日投与量)	1.31m <sup>2</sup> 未満	900mg(3錠)/回	→ 1800mg(6錠)/日						
	1.31m <sup>2</sup> 以上1.64m <sup>2</sup> 未満	1200mg(4錠)/回	→ 2400mg(8錠)/日						
	1.64m <sup>2</sup> 以上	1500mg(5錠)/回	→ 3000mg(10錠)/日						
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					
Day	1	8	15	21 22	29	.....			
カペシタビン	↓	.....	↓	↓	↓	.....			
ハーセプチン	↓	↓	↓	↓	↓				
<b>注意事項など</b>							確認者	監査者	
相互作用 カペシタビン...CYP2A9 → ワルファリンカリウムとの併用に注意すること。									
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・白色ワセリンなど)									