

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						
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	ゼローダ錠(カペシタビン) : 3週投与1週休薬		診療科			
	ハーセプチン注(トラスツマブ) : 毎週投与		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	<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	体表面積	0.00

薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	外来 化療 加算	A B 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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	ゼローダ錠(300mg) [カペシタビン]	mg/2x	P.O	朝 夕 3週投与1週休薬

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 (目安)	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】	<input style="border: 2px solid red;" 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			

以降 2回目	トラスツマブ注【先:ハーセプチン注】	<input style="border: 2px solid blue;" type="text"/>	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		確認者	監査者
Day	1 8 15 21 22	29 .....			
カペシタビン	↓ .....	↓	↓		
ハーセプチン	↓ ↓ ↓ ↓ ↓	↓	↓		

**注意事項など**  
 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)