

ID:											施行日	クール
患者氏名	殿										療法	
年齢 性別			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	3週毎			医師名							
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input type="checkbox"/> 術前 <input 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		
	<input checked="" type="checkbox"/> HER2陽性、ハーセプチン及びタキサン系薬剤の使用歴有り				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。

薬品名	単位	➔	減量の目安	①1段階減量 … 3.0mg/kg	外来化療加算	<input checked="" type="checkbox"/> A
カドサイラ 3.6 [トラスツツマブエムタンシン]	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/body			②2段階減量 … 2.4mg/kg		<input type="checkbox"/> B
				③3段階減量 … 投与中止		<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
①	カドサイラ点滴静注 [トラスツツマブエムタンシン]	mg	D.I.V	初回 90分 2回目以降 30分 ※問題なければ時間短縮
	生食液(250mL)	250mL		

担当医師の方へ; **Day8での血液検査**をお願いします ※血小板減少症の確認のため

看護師の方々へ; 投与の際は、必ず **PVC点滴フリーセット、フィルター** を使用して下さい。

【配合変化に注意】
ブドウ糖溶液との混合を避け、ブドウ糖溶液の同じ点滴ラインを用いた同時投与は行わないこと

【調製時の注意事項】 添付の注射用水を抜き取り溶解すると 20mg/mLに調製 される。 100mg/v…添付注射用水5.0mL 160mg/v… " 8.0mL	1Kur目		2Kur目		確認者	監査者
	Day	1	8	15		
	カドサイラ	↓		↓		

注意事項など