

ID: =患者情報!B1		(トルカプ錠[カピバセルチブ]+フェソロデックス[フルベストラント]) 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		月		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		PIK3CA、AKT1 又は PTEN 遺伝子変異を有するホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発の乳癌								開始日		年		月		日														
クール		トルカプ錠		4日間服用 3日間休薬						診療科																				
		フェソロデックス皮下注		Day1,Day15,Day28以後28日毎投与																										
備考		ホルモン療法後								医師名																				
適応基準		☐ 1st Line ☒ 2nd Line ☒ 3rd Line以降																告知の有無		P S		同意書取得		☐ 済						
		☐ 術前 ☐ 術後補助 ☒ 進行 ☒ 再発																												
		☒ PIK3CA、AKT1 又は PTEN 遺伝子変異(+) 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。												☐ HBs抗原																
														☐ HBs抗体																
														☐ HBc抗体																
トルカプ錠は当院未採用薬のため、「緊急医薬品使用届」の提出が別途必要です。												外来 化療 加算		☐ A																
														☐ B																
														☐ 対象外																
レジメン内容																														
順番		医薬品名				投与量			投与経路		投与スケジュール																			
通常 ☐		トルカプ錠 [カピバセルチブ]				1回		400 mg		P.O		1日2回服用		800 mg/日																
1段階減量 ☐		トルカプ錠 [カピバセルチブ]				1回		320 mg		P.O		1日2回服用		640 mg/日																
2段階減量 ☐		トルカプ錠 [カピバセルチブ]				1回		200 mg		P.O		1日2回服用		400 mg/日																
3段階減量 ☐		投与中止																												
トルカプ錠の規格は200mg錠と160mg錠です。																														
内服処方にて下痢症状の予防をお願いします。 (1)ミヤBM 3～6包/日 (2)ロペラミド 下痢時 1CP/回 ※4時間あけて1日4回まで																														
		1Kur目		2Kur目		3Kur目		4Kur目		5Kur目		確認者		監査者																
Day		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	...
トルカプ錠		↓	↓	↓	↓				↓	↓	↓	↓				↓	↓	↓	↓				↓	↓	↓	↓			↓	...
フェソロデックス皮下注		↓														↓														↓
																※フェソロデックスは、5クール目以降、28日毎投与														
注意事項など																														