

ID:	=患者情報!B1			(SOX+トラスツズマブ +ヘムブロリスマブ) 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	TS-1 : 2週投与1週休薬 L-OHP、トラスツズマブ、ヘムブロリスマブ : Day1 (3週毎)					診療科				
						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～済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			
	術前 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	m ²
	<input checked="" type="checkbox"/> HER2陽性									
	<input checked="" type="checkbox"/> PD-L1陽性(CPS≥1)									

薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位
ヘムブロリスマブ 200 ※固定用量※	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	トラスツズマブ 初回 8mg/kg 2回目以降 6mg/kg	<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

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 checked="" 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
①	ヘムブロリスマブ注 【キトルダ】 生食液 (100mL)	200 mg 100 mL	D.I.V	30分
初回	トラスツズマブ注【ハーセプチン注】	<input type="text"/> mg	D.I.V	90分以上かけて
	注射用水 (20mL) ※トラスツズマブ溶解用※	1~2A		
	生食液 (250mL)	250mL		
②	トラスツズマブ注【ハーセプチン注】	<input 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
2回目以降	トラスツズマブ注【ハーセプチン注】	<input 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) ※トラスツズマブ溶解用※	1~2A		
	生食液 (250mL)	250mL		
③	デキサート注 (3.3mg) アロキン点滴静注バッグ (0.75mg/50mL/袋) アロカリス点滴静注 (235mg)	3.3mg 1袋 1V	D.I.V	30分
④	オキサリプラチン注 【エルプラット】	<input type="text"/> 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 ※末梢静脈と中心静脈の場合で用量変更あり	<input type="checkbox"/> 500mL (末梢静脈投与の場合) <input checked="" type="checkbox"/> 250mL (中心静脈投与の場合)		

※※トラスツズマブ: 投与予定日より7日を超えた場合 ⇒ 初回投与量8mg/kgに戻すことが望ましい

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)	<input type="text"/> mg/2x	P.O	1回 <input type="text"/> 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 35 36			
TS-1	↓ ↓	↓ ↓		
ヘムブロリスマブ	↓	↓		
トラスツズマブ	↓	↓		
オキサリプラチン	↓	↓		