

癌化学療法 実施計画書

(エンハーツ
[トラスツマブ デルクステカン]) 療法

施行日	クール

入院/外来		入力日		年		月		日	
疾患名	白金製剤を含む化学療法歴のある HER2(ERBB2)遺伝子変異陽性の 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌		開始日		年		月		日
			診療科						
クール	3週毎 (Day1のみ)		申請 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	身長		cm	体重		kg	体表 面積	0.00 m ²

処方医へ 必ず下記を実施・確認して下さい。

- ・投与開始前に必ず胸部CT検査、胸部X線検査、動脈血酸素飽和度(SpO2)検査及び問診を行ってください。
- ・間質性肺疾患の合併又は既往歴がない事を確認し、投与の可否を慎重に判断してください。

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

薬品名	エンハーツ	5.4	単位	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <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	全例調査の為WEB登録必要 (申請医師にて対応)	<input type="checkbox"/> 済
-----	-------	-----	----	---	----------------	---	-----------------------------	----------------------------

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	アロリス点滴静注(235mg)	1V	D.I.V	30分
	デキサート注(3.3mg)	6.6mg		
	アロキシ点滴静注バッグ (0.75mg/50mL/袋)	1袋		
②	5%ブドウ糖液(20mL)	1A	I.V	ラインフラッシュ用
③	エンハーツ点滴静注用 (トラスツマブ デルクステカン)		D.I.V (遮光して)	90分以上 ^{かけて} ※初回投与の忍容性が良好の場合 30分に短縮可能
	注射用水(20mL)	1A		
	5%ブドウ糖液(100mL)	100mL		
④	5%ブドウ糖液(20mL)	1A	I.V	ラインフラッシュ用

【薬剤師へ】エンハーツ点滴静注用のミキシング時の注意点

- ①エンハーツ点滴静注用1瓶に対して注射用水5mLで溶解し、20mg/mLとして必要量を抜き取る
- ②フィルター付プライミングセットを使用してください。
- ③払い出す際には「遮光袋」で遮光した上で払い出しをして下さい。

【看護師へ】エンハーツ点滴静注用の投与時の注意点

- ①生理食塩水で配合変化が起こります！ルート内は5%ブドウ糖液でフラッシュして下さい。
- ②光で分解します！投与中も混注ボトルには遮光袋をかけたままで投与してください。
- ③調製及び投与を合わせて4時間以内に使用してください。

1Kur目	2Kur目	減量する場合の投与量	確認者	監査者
Day	1 8 15 22 29			
トラスツマブ デルクステカン	↓ ↓	通常	5.4mg/kg	
		1段階減量	4.4mg/kg	
		2段階減量	3.2mg/kg	

注意事項など