【No.7】 tri-weekly HER療法

病名＿＿＿＿＿＿　ID＿＿＿＿－＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿（　才）（男・女）　※化学療法承諾書要作成

体重＿＿＿kg　PS　0・1・2・3・4

＿＿＿＿＿科　主治医＿＿＿＿＿＿　治療ライン　次治療　**服薬指導　依頼する・不要**

HBs抗原（+）→HBV DNA（　）,HBs抗原（-）→HBc抗体（　）HBs抗体（　）　**確認医（科長）＿＿＿＿**

【警告】（トラスツズマブ添付文書より抜粋）

・必ず投与開始前には、患者の心機能を確認すること。

・安静時呼吸困難のある患者において、Infusion reactionが重篤化しやすいので、十分に観察しながら慎重に投与すること。

点滴時間：初回90分、2回目以降は30分まで短縮可能

※逸脱例に使用する場合は、患者の同意がある旨2号紙に記載すること。（記載確認後ミキシング開始となります。）

コース	体重	day1	点滴時間	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク		day1	2	3	4	5	6	7	8	…	21
			実施日										
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ（穿刺）生食250mlでルート確保 ○末梢患者 生食250mlでルート確保			指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
② 初回　生食250ml ＋ 注射用水20ml2V ＋ トラスツズマブ＿＿＿mg	90分	8mg/kg	指示	●（初回のみ）									
		最小 10%未満	受領										
			入力										
			実施										
②' 2回目以降　生食250ml ＋ 注射用水20ml2V ＋ トラスツズマブ＿＿＿mg 変更1：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿） 変更2：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿）	30-90分	6mg/kg	指示	●（2回目以降）									
		最小 10%未満	受領										
			入力										
			実施										
③ ①の残液でフラッシュ			指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
④ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml （ポート患者のみ）			指示	（●）									
			受領										
			入力										
			実施										
			指示										
			受領										
			入力										
			実施										
			指示										
			受領										
			入力										
			実施										

1投2休（3週毎）

太枠内は原本に記入せず、カラーコピーして使用すること。

在庫確保のため、原則として投与2日前（休日を挟む場合は休前日）までに提出すること。　改定日R3.6.29