【No.31】 weekly HER + GEM療法

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

身長＿＿＿＿cm　体重＿＿＿＿kg　体表面積＿＿＿＿㎡　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。

中止又は延期基準
(ゲムシタビン添付文書より抜粋)
・白血球数2000/μL未満
・血小板数7万/μL未満

※化学療法実施当日の2号紙に、実施の可否について記載すること。(記載確認後ミキシング開始となります。)

コース	体重	D1	8	15	受領	受領

コース	体重	D1	8	15	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 / 催吐リスク
① ○ポート患者　生食20mlシリンジ(穿刺) 生食250mlでルート確保後、ロック ○末梢患者　生食250mlでルート確保後、ロック		
② 生食100ml＋{グラニセトロン1A or パロノセトロン1V} ＋デキサート＿＿＿mg＋ポララミン ＿A ＋{ファモチジン 1A or ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ1V} ※ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ使用の場合、①残液でフラッシュ。	30分	
③ 生食100ml＋ゲムシタビン＿＿＿＿mg 変更1:＿＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) 変更2:＿＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)	30分	1250mg/㎡ 軽度 10-30%
④ **初回のみ(90分)** 生食250ml ＋ 注射用水20ml 2V ＋ トラスツズマブ＿＿＿＿mg ④' **2回目以降(30分)** 生食250ml ＋ 注射用水20ml 2V ＋ トラスツズマブ＿＿＿＿mg	初回4mg/kg 以降2mg/kg	最小 10%未満
⑤ ①の残液でフラッシュ		
⑥ 生食20ml シリンジロック or ヘパリンシリンジロック (ポート患者のみ)		
HER:毎週　GEM:2投1休 (4週毎)		

実施日	D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
指示	●							●							●						
受領																					
入力																					
実施																					
指示	●							●													
受領																					
入力																					
実施																					
指示	●							●													
受領																					
入力																					
実施																					
指示	●							●							●						
受領																					
入力																					
実施																					
指示	●							●							●						
受領																					
入力																					
実施																					
指示	(●)							(●)							(●)						
受領																					
入力																					
実施																					

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、投与2日前(休日を挟む場合は休前日)までに薬剤科へコピーを提出すること。

改定日R3.6.29