【No.86】 PER+HER+DTX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。

【休薬・中止基準】（添付文書より抜粋）
・好中球2000/mm³未満の場合（ドセタキセル）

【HER点滴時間】
初回90分、2回目以降は30分まで短縮可能

※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	day1	HER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 ＋ パージェタ420mg 2V（60分） 2回目以降 生食250ml ＋ パージェタ420mg 1V（30分）			指示	●									
		最小 10%未満	受領										
			入力										
			実施										
③ 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										
③' 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分	6mg/kg	指示	●（2回目以降）									
		最小 10%未満	受領										
			入力										
			実施										
④ 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 ホスアプレピタント1V }	30分		指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
⑤ ④でホスアプレピタントを使用する場合、①残液でフラッシュ	全開		指示	（●）									
			受領										
			入力										
			実施										
⑥ 生食250ml ＋ ドセタキセル＿＿＿＿mg 変更1:＿＿＿＿mg（変更日:＿＿＿＿） 変更2:＿＿＿＿mg（変更日:＿＿＿＿） ※終了後①の残液でフラッシュ	60分	60 or 75mg/m²	指示	●									
		軽度 10−30%	受領										
			入力										
			実施										
⑦ 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										

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、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