

NO **4026** レジメン名 **HER『BS』・PTX (Weekly) (初回用)**

病棟	患者番号	氏名	癌種	ステージ	PS	クール数	指示医師名
			年齢	身長	体重	体表面積	GFR(血清クレアチニン値)
			歳	cm	kg	m ²	ml/min (mg/dl)

【適応がん種】再発MMK(HER2 2+以上)	HER/PTX	CCr補正	GOT補正	T-Bil補正	【病状】 1 全て説明している 2 病名は説明しているが、詳しい病状については説明していない 3 未告知である 【治療】 1 抗癌剤による治療・予防と説明 2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明 3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明 4 薬に関しては説明していない 平成20年7月1日 改訂
1・トラスツマブBS	4 mg/kg DAY1 2 mg/kg DAY8. 15. 22	-	-	-	
2・パクリタキセル	60~70 mg/m ² DAY2. 8. 15	-	-	-	
★ TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要 ★ アルコール含有説明要					
28日(4週)1クール		WBC基準	HGB基準	PLT基準	

NO 薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
--------	----	----	-----------	--------

前投与;ロキソプロフェン1錠・ポララミン2錠の内服。

① トラスツマブBS()mg	150mg 60mg	本 本	生食250mL	1時間30分で点滴
② レスタミンコーワ5錠 内服 (前投与 オーダー不要)				①トラスツマブBS終了後に
③ デキサメタゾン 6.6mg ファモチジン20mg		1.5 本 1 本	★生食50mL	②レスタミンコーワと同時に15分で点滴
④ グラニセトロン1mg		1 本	生食100mL	③デキサメタゾン終了後~30分で点滴
⑤ パクリタキセル()mg	100mg 30mg	本 本	▲5%ブドウ糖250mL	④グラニセトロン終了後~1時間で点滴
⑥ 生食50mL		1 本		⑤パクリタキセル終了後~全開で点滴

【注意事項】
 他の薬剤との併用の場合でも初回は同日投与避ける
 発熱・悪寒の発現予防にロキソプロフェン・ポララミンの前投与を考慮すること。
 投与予定日を1週間以上越えて投与する場合は、再度4mg/kgで投与すること。
 MMK術後補助療法として、総投与回数は13回を目安とする。
 投与前および3ヶ月に1度、心エコーを考慮する。

【看護師注意事項】
 ○点滴セットはJMS社製JY-PFC341F7を使用

月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	① ⑥ DAY1									
	②③④⑤⑥ DAY2									
	①②③④⑤⑥ DAY8									
	①②③④⑤⑥ DAY15									
	① ⑥ DAY22									

202201更新