

NO <b>4027</b>		レジメン名 <b>HER『BS』/PAC (Weekly)【2回目以降用】</b>											
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 <sup>2</sup>	ml/min (mg/dl)								
【適応がん種】再発MMK(HER2 2+以上)			CCr補正	GOT補正	T-Bil補正								
1・トラスツマブBS <b>2 mg/kg</b> DAY1. 8. 15. 22			-	-	-								
2・パクリタキセル <b>60~70 mg/m<sup>2</sup></b> DAY1. 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			【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										
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								
① トラスツマブBS( )mg			150mg	本	生食250mL								
			60mg	本									
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終了後に内服								
③ デキサメタゾン 6.6mg			1.5	本	★生食50mL								
ファモチジン20mg			1	本									
④ グラニセトロン1mg			1	本	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	本	▲5%ブドウ糖250mL								
			30mg	本									
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】 □ 投与予定日を1週間以上越えて投与する場合は、再度8mg/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													
202201更新													
月日	指示				指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①②③④⑤⑥ DAY1												
	①②③④⑤⑥ DAY8												
	①②③④⑤⑥ DAY15												
	①		⑥ DAY22										