

NO <b>4028</b>		レジメン名		<b>HER『BS』【初回用】</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)				HER	CCr補正	GOT補正	T-Bil補正					
1・トラスツマブBS				-	-	-	-					
4 mg/kg DAY1 2 mg/kg DAY8, 15, 22												
★ TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要												
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・投与方法						
<b>前投与;ロキソプロフェン1錠・ポララミン2錠の内服。</b>												
①トラスツマブBS( )mg	150mg	本	生食250mL	1時間30分で点滴								
	60mg	本										
②生食50mL		1本			①トラスツマブ終了後～全開で点滴							
<b>【注意事項】</b> <input type="checkbox"/> 他の薬剤との併用の場合でも初回は同日投与避ける <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> MMK術後補助療法として、総投与回数は13回を目安とする。 <input type="checkbox"/> 投与前および3ヶ月に1度、心エコーを考慮する。												
<b>【看護師注意事項】</b> ○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
			①② DAY1									
			①② DAY8									
			①② DAY15									
			①② DAY22									