

NO <b>4029</b>		レジメン名		<b>HER『BS』(2回目以降)</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	㎡		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	【病状】				
1・トラスツスマブBS 2 mg/kg DAY1. 8. 15. 22				-	-	-	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					
★ TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要							【治療】					
28日(4週)1クール				WBC基準	HGB基準	PLT基準	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16年4月1日 改訂					
NO 薬品1		規格	本数	薬品2(規格本数)		時間・投与法						
①トラスツスマブBS( )mg		150mg	本	生食250mL		1時間で点滴						
		60mg	本									
②生食50mL			1 本			①トラスツスマブ終了後～全開で点滴						
【注意事項】												
□投与前および3ヶ月に1回、心エコーを実施する												
【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
	①② DAY1											
	①② DAY8											
	①② DAY15											
	①② DAY22											