

NO **4036** レジメン名 **HER『BS』/DOC (weekly)【2回目以降用】**

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 <sup>2</sup>	ml/min (mg/dl)

【適応がん種】再発MMK(HER2 2+以上)  1・ドセタキセル 25~30 mg/m <sup>2</sup> DAY1, 8, 15  2・トラスツズマブBS 2 mg/kg DAY1, 8, 15, 22  ★ 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	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
	-	-	-	
	-	-	-	
	-	-	-	
	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
①	デキサメタゾン 6.6mg グラニセトロン「NK」1mg		1 本 1 本	生食50mL	15分で点滴
②	ドセタキセル( )mg	20mg	本	▲5%ブドウ糖250mL	①デキサメタゾン終了後~1時間で点滴
③	トラスツズマブBS( )mg	150mg 60mg	本 本	生食250mL	②ドセタキセル終了後~1時間で点滴
④	生食50mL		1 本		③トラスツズマブ終了後~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改訂		
月日	指示			指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①	②	③	④	DAY1							
	①	②	③	④	DAY8							
	①	②	③	④	DAY15							
		③	④		DAY22							