

<b>NO</b>	<b>4048</b>	<b>レジメン名</b>	<b>HER『BS』/VNB【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/VNB	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・トラスツズマブ	4 mg/kg DAY1 2 mg/kg DAY8・15		-	-	-					
★ TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要										
2・ロゼウス (ナベルピン)	25 mg/m <sup>2</sup> DAY2・8		-	-	-					
21日(3週)1クール			WBC基準 2000	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					
<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トラスツズマブBS( )mg	150mg	本	生食250mL		1時間30分で点滴 Day8以降は1時間で点滴					
	60mg	本								
②グラニセトロン「NK」1mg		1 本	生食100mL		30分で点滴					
③ロゼウス( )mg	10mg	本	生食50mL		全開で投与					
④生食50mL		1 本			全開で投与					
【トラスツズマブ 注意事項】 <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。										
【看護師注意事項】 静脈炎発症し易い薬剤にて可能な限り下記の点に留意する 1. ロゼウス投与終了後は速やかに生食を点滴すること(薬液を血管内に滞留させないため) 2. 可能な限り前化学療法で使用されていない血管を選択する 3. 血流の良い太い血管を選択する 4. 手の甲、関節などの可動部は避ける										
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 ④	DAY1								
	②③④	DAY2								
	①②③④	DAY8								
	① ④	DAY15								