

NO **4049** レジメン名 **HER『BS』/VNB【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 ²	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 2 mg/kg DAY1・8・15		-	-	-	
★ TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要					
2・ロゼウス 25 mg/m ² DAY2・8 (ナベルピン) 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
①	トラスツズマブBS()mg	150mg	本	生食250mL	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

【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】
 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	②	③	④	DAY1							
	①	②	③	④	DAY8							
	①			④	DAY15							