

NO <b>4076-1</b> レジメン名 <b>HER『BS』【Triweekly】【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	【病状】	
1・トラスツマブBS 8 mg/kg DAY1				-	-	-	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16年4月1日 改訂
★ 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			
【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】 ○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					