

NO 4076-2 レジメン名 HER『BS』【Triweekly】【2回目以降】

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】MK・MMK(HER2 2+以上) 1・トラスツスマブBS 6 mg/kg DAY1 ★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要 28日(4週)1クール	HER	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16年4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	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								