

NO **4093** レジメン名 **パージェタ+HER(導入)**

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・パージェタ 420 mg/body DAY1・22・43・64 2・トラスツス`マブ`BS 6 mg/kg DAY1・22・43・64 パージェタ 840 mg/body (負荷投与量) トラスツス`マブ`BS 8 mg/kg ★ TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要 21日(3週間)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前投与;ロキソプロフェン1錠・ポララミン2錠の内服。

②	パージェタ(840)mg	420mg	2 本	生食250mL	60分で点滴
③	トラスツス`マブ`BS()mg	150mg	本	生食250mL	1時間30分で点滴
	【負荷量;8mg/kg】	60mg	本		

【注意事項】

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。

投与予定日を1週間以上越えて投与する場合は、再度負荷投与量で投与すること。

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。

月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①②③	DAY1								