

NO 4100-1		レジメン名		HER『BS』-CapeOx【初回用】								
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】胃がん				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・トラスツスマブBS 8 mg/kg DAY1												
2・カペシタビン 下記参照 DAY1~14				50減量, 30禁	2.5倍以下	1.5倍以下						
3・オキサリプラチン 130 mg/m ² DAY1				60~30禁	-	禁5.1						
21日(3週)1クール				Neu基準	HGB基準	PLT基準						
				1500	-	100000						
				GOT基準	T-Bil基準	Ccr基準						
				150	3	60						
NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法							
前投与;ロキソプロフェン1錠・ポララミン2錠の内服。												
①	トラスツスマブBS()mg	150mg	本	生食250mL	1時間30分で点滴							
		60mg	本									
②	生食50mL		1本		全開で点滴							
③	パロノセトロンバック		1本		全開で点滴							
④	デキサメタゾン 6.6mg		1本	★5%ブドウ糖50mL	主・15分で点滴							
⑤	オキサリプラチン()mg	100mg	本	▲5%ブドウ糖250mL	デキサメタゾン終了後~2時間で点滴							
		50mg	本									
⑥	5%ブドウ糖50mL		1本		オキサリプラチン終了後~全開で点滴							
★DAY1に カペシタビン錠14日分 オーダー必要★												
カペシタビン 2000mg/m ² (端数切捨て) 分2 14日分 A・BSA1.36未満.....カペシタビン(300mg) 2400mg/BODY/DAY 8錠 分2 朝夕食後 14日分 ⑤ B・BSA1.36-1.66.....カペシタビン(300mg) 3000mg/BODY/DAY 10錠 分2 朝夕食後 14日分 C・BSA1.67-1.96.....カペシタビン(300mg) 3600mg/BODY/DAY 12錠 分2 朝夕食後 14日分 2週間服用 1週間休み												
202207作成												
月日	指示			指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①②③④⑤⑥			DAY1								