

NO 4100-2 レジメン名 HER『BS』-CapeOx (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】 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・トラスツズマブBS 6 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
①	トラスツズマブ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

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								

【トラスツズマブ 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。
 投与前および3ヶ月に1度、心エコーを考慮する。