

NO 4144-2 レジメン名 Tmab-SOX(胃がん) 【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(HER2陽性)	Tmab/L-OHP/TS-1	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27年5月28日 改訂
2・トラスツスマブ	6 mg/kg DAY1(2コース目以降)	-	-	-	
3・オキサリプラチン	130 mg/m ² DAY1	Ccr60-40-20(50-35-25%)			
4・エスワン配合錠	(下記参照) DAY1~14	50減量, 30禁	2.5倍以下	1.5倍以下	
		WBC基準	HGB基準	PLT基準	
		3000	9	100000	
		T-Bil	Scr	GOT/GPT/ALP	
		施設基準値の1.5倍以下		2.5倍以下	

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		15分で点滴
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~
		50mg	本		2時間で点滴
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 エスワン配合錠14日分 オーダー必要★

エスワン配合錠 80mg/m ² (最大120mg/BODY) 分2 14日分	
A	エスワン配合錠 80mg/BODY (20mg)4Cap 朝夕食後(2-0-2) 14日分
⑤ B	エスワン配合錠100mg/BODY (25mg)4Cap 朝夕食後(2-0-2) 14日分
C	エスワン配合錠120mg/BODY (20mg)6Cap 朝夕食後(3-0-3) 14日分
2週間服用 1週間休み	

年月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①②③④⑤⑥	DAY1								