

NO <b>4076</b>		レジメン名 <b>トラスツスマブBS【Triweekly】</b>			
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 <sup>2</sup>	ml/min (mg/dl)	
【適応がん種】MK, MMK(HER2 2+以上)			CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
1・トラスツスマブBS <b>6 mg/kg</b> DAY1・22・43・64			-	-	-
トラスツスマブBS <b>8 mg/kg</b> (負荷投与量)					
★ TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要					
21日(3週間)1クール			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	

← 前投与;ロルフェナミン1錠・ポララミン2錠の内服。

**【負荷量;8mg/kg】**

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		

**【維持量;6mg/kg】**

②トラスツスマブBS( )mg	150mg	本	生食250mL	1時間で点滴
	60mg	本		

**【注意事項】**  
 発熱・悪寒の発現予防にロルフェナミン・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8mg/kg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。

ただし負荷量の場合は②を『×』して、①と記載する

年月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	② DAY1									
	② DAY22									
	② DAY43									
	② DAY64									
	② DAY85									