

NO 4025 レジメン名 トラスツスマブBS【Triweekly初回導入用】

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 <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	【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
1・トラスツスマブBS 8 mg/kg DAY1			-	-	-	
★ TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要						
			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。

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30分で点滴
		60mg	本		

【注意事項】

- 他の薬剤との併用の場合でも初回は同日投与避ける
- 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。

月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	① DAY1									