

NO 4026		レジメン名 トラスツスマブBS【Weekly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 ²	ml/min (mg/dl)
【適応がん種】再発MMK(HER2 2+以上)			CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
1・トラスツスマブBS 4 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
			-	-	-
			【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		
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】

トラスツスマブBS+タキサン 初回は同日投与避ける(DAY1・トラスツスマブBS、DAY2・タキサン NO4003or4010)

投与前および3ヶ月に1回、心エコーを実施する

DAY8以降、WeeklyPAC併用時はNO4027使用

DAY8以降、WeeklyDOC併用時はNO4036使用

DAY8以降、トラスツスマブBS単剤はNO4028使用

										201910更新	
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								