

NO **4027** レジメン名 **トラスツズマブBS/PAC(Weekly)【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 <sup>2</sup>	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・トラスツズマブBS 2 mg/kg DAY1. 8. 15. 22			-	-	-
2・パクリタキセル 60~70 mg/m <sup>2</sup> DAY1. 8. 15			-	-	-
★ TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要 ★ アルコール含有説明要			【病状】		
28日(4週)1クール			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		
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
①	トラスツズマブBS( )mg	150mg	本	生食250mL	1時間で点滴
		60mg	本		

② レスタミンコーワ5錠 内服 (前投与 オーダー不要) ①トラスツズマブBS終了後に内服

③	デキサメタゾン 6.6mg ガスポート		1.5 本 1 本	★生食50mL	②レスタミンコーワと同時に 15分で点滴
④	グラニセトロン「NK」1mg		1 本	生食100mL	③デキサメタゾン終了後～ 30分で点滴
⑤	パクリタキセルNK( )mg	100mg 30mg	本 本	▲5%ブドウ糖250mL	④グラニセトロン終了後～ 1時間で点滴
⑥	生食50mL		1 本		⑤パクリタキセルNK終了後～ 全開で点滴

【注意事項】  
□初回はDAY1・NO4026、DAY2・NO4003を使用

【看護師注意事項】  
○点滴セットはJMS社製JY-PFC341F7を使用

月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①～⑥	DAY1								
	①～⑥	DAY8								
	①～⑥	DAY15								
	①のみ	DAY22								

201910更新