外来 ・ 入院　　指示日;　　年　　月　　日

NO	4028	レジメン名	トラスツズマブBS【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	㎡	ml/min (mg/dl)

【適応がん種】再発MMK(HER2　2＋以上)

1・トラスツズマブBS　　2 mg/kg　DAY1. 8. 15. 22

★ TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要

28日(4週)1クール

CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
–	–	–

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	トラスツズマブBS(　　)mg	150mg	本	生食250mL	1時間で点滴
		60mg	本		

【注意事項】
□初回に限り、DAY1・・・NO4026　を用いる
□投与前および3ヶ月に1回、心エコーを実施する(3クールに1回が目安)

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									
			①	DAY8									
			①	DAY15									
			①	DAY22									

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									
			①	DAY8									
			①	DAY15									
			①	DAY22									

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									
			①	DAY8									
			①	DAY15									
			①	DAY22									

次クール予定日【　　】