

NO **4049** レジメン名 **トラスツズマブBS/VNB【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 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	【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20年7月1日 改訂
1・トラスツズマブBS 2 mg/kg DAY1・8・15	-	-	-	
★TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要				
2・ロゼウス (ナベルピン) 25 mg/m ² DAY1・8 21日(3週)1クール	WBC基準 2000	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 60mg	本 本	生食250mL	1時間で点滴
②	グラニセロン「NK」1mg		1 本	5%ブドウ糖100mL	トラスツズマブBS終了後→ ロゼウス投与前少量流し、 正確に血管確保されている 事を確認する ↓ ③ロゼウス終了後、速やかに 30分かけて点滴
③	ロゼウス()mg	10mg	本	★5%ブドウ糖50mL	全開で側注

【延期基準】
 白血球2000未満

【注意事項】
 投与前および3ヶ月に1度、心エコーを実施する

【看護師注意事項】
 静脈炎発症し易い薬剤にて可能な限り下記の点に留意する
 1. ロゼウス投与終了後は速やかに5%ブドウ糖を点滴すること(薬液を血管内に滞留させないため)
 2. 可能な限り前化学療法で使用されていない血管を選択する
 3. 血流の良い太い血管を選択する
 4. 手の甲、関節などの可動部は避ける

月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①②③	DAY1								
	①②③	DAY8								
	①のみ	DAY15								

クール数()

月日	指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
	①②③	DAY1								
	①②③	DAY8								
	①のみ	DAY15								