

ハーセプチン+SOX100療法

患者番号： _____ 氏名： _____ 性別： _____

生年月日： _____ 年齢： _____

対象： **HER2陽性 治癒切除不能な進行・再発の胃癌**

薬液注入ルート： 末梢点滴静注、 CVライン ポート

開始年月日： _____年 _____月 _____日

1コース期間： 3週間

体格： 身長 _____ cm 体重 _____ kg 体表面積 _____ m²

使用薬剤：①オキサリプラチン _____ mg (100mg/m²) **3週に1回**

②ハーセプチン _____ mg (初回のみ 8mg/kg)

_____ mg (2回目以降 6mg/kg) **3週に1回**

※4週間を超えて延期する場合は 8mg/kg より再開

内服 ①エスワンタイホウ 1回 _____ mg 1日2回 **2週投与1週休薬**

Day1 夕～Day15 朝まで

体表面積	初回基準量 (テガフル相当量)
1.25 m ² 未満	40mg/回
1.25 m ² 以上～1.5 m ² 未満	50mg/回
1.5 m ² 以上	60 mg/回

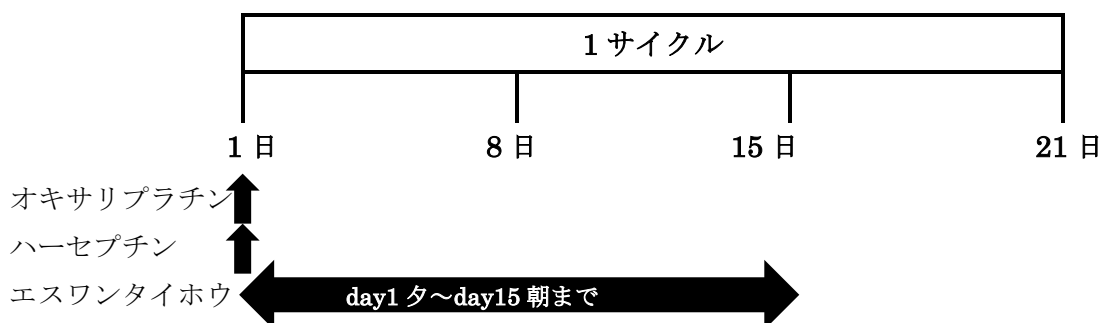
オキサリプラチンは6コース目以降アレルギー症状に注意が必要です。アレルギー予防に前処置としてデキサート注 16.5 mg、ファモチジン注 20 mg、ベナ錠 50 mgで効果があったという報告があります

※腎機能を考慮した上で初回基準量を調節

制吐剤 グラニセトロン静注用 3mg+デキサート注 6.6mg
イメンド 125mg(day1)、イメンド 80mg(day2-3)

【処方が必要な内服薬】

イメンド (125) 1C グラニセトロン開始 30 分前
イメンド (80) 1C1×朝食後 2日分 (翌日開始)
ボルタレン坐薬 25mg (初回のみ)



□HBs 抗原(+) → **消化器内科紹介**

□HBs 抗原(-) → □HBs 抗体(-)and HBc 抗体(-) → □HBV-DNA 定量(-) → 3ヵ月毎 定量

□HBs 抗体(+)-and/or HBc 抗体(+) → □HBV-DNA 定量(+) → **消化器内科紹介**

指示医師サイン _____