

ハーセプチン+エスワンタイホウ（隔日）療法

患者番号： _____ 氏名： _____
 部位； （胃 乳腺）
 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
 投与間隔； 点滴は**3週に1回** 内服は**月水金日**
 体格； 身長 _____ cm 体重 _____ kg 体表面積 _____ m²
 使用薬剤；① ハーセプチン _____ mg（初回）
 _____ mg（2回目以降）

（初回のみ 8mg/kg 以後 6mg/kg）1週投与 2週休薬

②エスワンタイホウ _____ mg/day **月・水・金・日**

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

※腎機能を考慮した上で初回基準量を調節

アレルギー、心不全、間質性肺炎 infusion reaction、骨髄抑制、消化器症状、
下痢に注意

38℃以上の発熱時には投与を延期したほうがよい

E F 値（心エコーを施行する） 50%以上が望ましい

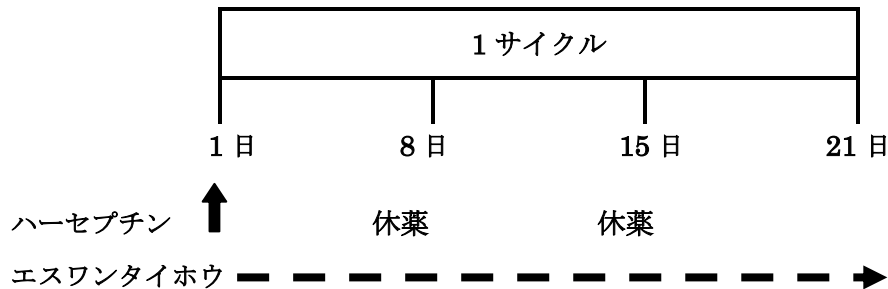
心疾患有り（6～8週毎） 心疾患無し（12週毎）

【処方が必要な内服薬】

※初回のみ ボルタレン坐薬 25 mg ハーセプチン開始 30 分前

※2回目以降必要時 カロナール（200）2錠 ハーセプチン後の発熱時

※エスワンタイホウは必要に応じて処方を行ってください



HBs 抗原(+) → 消化器内科紹介

HBs 抗原(-) → HBs 抗体(-) and HBc 抗体(-)

HBs 抗体(+)-and/or HBc 抗体(+)

HBV-DNA 定量(-) → 3ヵ月毎 定量

HBV-DNA 定量(+) → 消化器内科紹介

指示医師サイン _____