

ハーセプチン 3週 1回+パクリタキセル療法

部位； (乳腺 胃)
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； 28日間で1サイクル
体格； 身長_____cm 体重_____kg 体表面積_____m²
使用薬剤；

- ① パクリタキセル _____mg (80 mg/m²) 3週投与 1週休薬
- ② ハーセプチン _____mg (初回のみ 8mg/kg)
_____mg (2回目以降 6mg/kg) 3週 1回
※4週間以上延期する場合は 8mg/kg より再開

制吐薬 グラニセトロンゼリー+デキサート注 6.6mg

イメンド内服 (3日間) +デカドロン内服 8mg 2日間

パクリタキセルアレルギー予防のデキサメタゾン
は、症状がなければ半量ずつ減量が可能です。
(最低量 1.65 mg 1A)

【処方が必要な内服薬】

グラニセトロンゼリー 2mg 1包 パクリタキセル開始 30分前
レスタミン錠 (10) 5錠 パクリタキセル開始 30分前
※初回のみ ボルタレン坐薬 25mg 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 発熱時

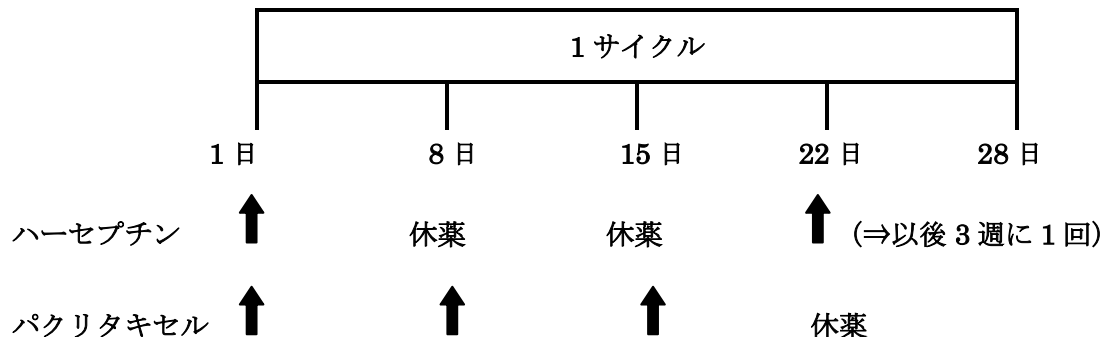
骨髄抑制、アレルギー、心不全、間質性肺炎 **infusion reaction** に注意

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)



□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 _____