

ハーセプチン 3週 1回 + ゲムシタビン療法

患者番号： _____ 氏名： _____ 性別： _____
生年月日： _____ 年齢： _____
部位； (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
体格； 身長 _____ c m 体重 _____ k g 体表面積 _____ m²
投与間隔； 21日間で1サイクル
使用薬剤；
① ゲムシタビン _____ m g (1250mg/m²) 2週投与1週休薬
② ハーセプチン _____ m g (初回)
_____ m g (2回目以降)
(初回のみ 8mg/kg 以後 6mg/kg) 3週毎

制吐薬 **デキサート注 6.6mg**

【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 発熱時

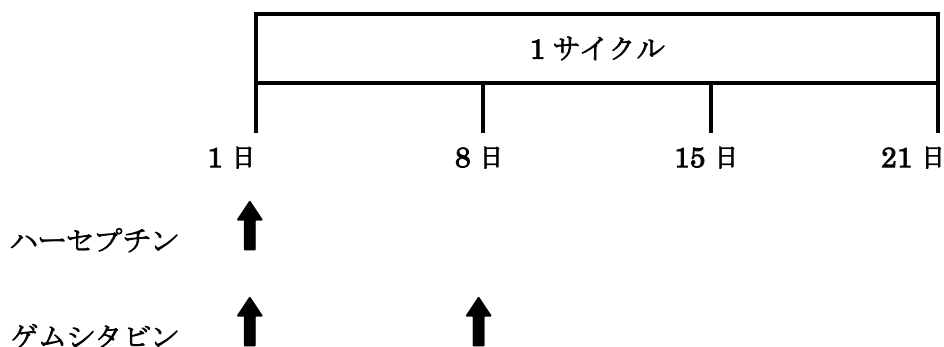
骨髄抑制、アレルギー、心不全、間質性肺炎 **infusion reaction** に注意

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 _____