

がん薬物療法計画指示書（乳 癌）

主治医（指示医） _____

指示日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

レジメン名称 カドサイラ単剤療法

【1クールの日数 21日】

1. 治療予定期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

・実施クール () クール目・3週1投

2. 患者情報 診断名 (HER2 陽性の手術不能または再発乳癌)

(注意) 本剤はハーセプチン及びタキサン系抗悪性腫瘍剤による化学療法の治療歴のある患者に投与すること。

身長 _____ cm 体重 _____ Kg 体表面積 _____ m²
AST _____ IU/L ALT _____ IU/L 総ビリルビン _____ mg/dL 血小板数 _____ ×10³/μL

3. 使用薬剤・投与量

薬剤名	用量	実投与量 (mg)	投与方法	輸液
①カドサイラ点滴静注用 100mg	3.6mg/Kg	mg	d. i. v.	生食 250mL

(注意)

血小板数及び肝機能検査値は各クール投与後（特に1クール目）8日目付近に最悪値を示す傾向が認められているため、投与後8日目付近（6～8日目）でそれぞれの検査をすることが望ましい。検査値に異常が認められた場合、次のクール投与時に減量・中止など考慮すること。

4. 投与レジメン

投与日	投与時間	薬剤	指示受け確認	実施	Dr 確認
Day1 (/)	全開で	生理食塩液 50mL div. (プライミング)			
	※ 90・30min	生食 250mL + カドサイラ _____ mg div.			
CBC・生化学検査は投与日の（前日・当日前）					

※ 初回投与時は90分かけて点滴静注してください。2回目以降の投与時間は、初回投与の忍容性が良好であれば30分間まで短縮可能です。

(注意)

カドサイラを投与する場合、可塑剤 (DEHP) を含まない PVC フリーの点滴セットを用い、0.22 ミクロン以下のインラインフィルターを通して投与して下さい。