

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 テセントリク単剤療法

【1クールの日数 14日】

1. 治療予定期間 年 月 日 ~ 年 月 日

・実施クール () クール目
【テセントリク + Weekly アブラキサン療法からの継続】2. 患者情報 診断名
(PD-L1 陽性のホルモン受容体陰性かつ HER2 陰性の手術不能または再発乳癌)

身長 _____ cm 体重 _____ Kg

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テセントリク点滴静注 840mg/14mL	840mg/body	840mg (固定用量)	d. i. v.	生食 250mL

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
Day 1 (/)	全開で	生食 50mL div. (プライミング)			
	30min	生食 250mL + テセントリク 840mg div.			
	全開で	生食 50mL div. (フラッシュ)			
CBC・生化学検査は投与日の (前日・当日朝)					

※インラインフィルター (0.2 又は 0.22 μm) を使用してください。