

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 Tri-weekly HER + DTX 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

2. 患者情報 診断名（HER2 過剰発現が確認された乳癌における術後補助化学療法）

身長 _____ cm 体重 _____ Kg 体表面積 _____ m²

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トラスツズマブ (60mg : 150mg) | 初回のみ 8mg/Kg | mg | d. i. v. | 生食 250mL |
| | 2回目以降は 6mg/Kg | | | |
| ②ドセタキセル (20mg : 80mg) | 60mg/m ² | mg | d. i. v. | 5%ブドウ糖 250mL |

※ドセタキセルはアルコールフリーです。

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 (/) | 30min | グラニセトロン点滴静注液 3mg バッグ + デキサート 6.6mg div. | | | |
| | 初回 90min 2回目以降は 30min | 生食 250mL + トラスツズマブ _____ mg div. | | | |
| | 60min | 5%ブドウ糖 250mL + ドセタキセル _____ mg div. | | | |

※トラスツズマブは初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与時間は30分間まで短縮できます。