

癌化学療法 投与計画書 (新規・変更)

カルテ番号
氏 名
生年月日
性別

提出日
主治医:

病名: 乳癌(術後補助化学療法) 手術日
患者本人へ説明した内容:

プロトコール名: 3週毎Tmab療法

身長(cm) 体重(kg) 体表面積(m²)
ケール目
開始日
次回予定日

							DAY 1
	薬品名	プロトコール標準 量	投与量	経路	点滴時間・速度	コメント	1月 0日
1	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○
2	生理食塩液		250mL	点滴	初回 90分、2回目以降30分		○
	注射用水		0mL	点滴			○
	トラスツズマブ (初回)	初回8mg/kg、 2回目以降6mg/kg		点滴	60mg/1Vあたり注射用水 3.0mLで溶解 150mg/1Vあたり注射用 水7.2mLで溶解		○
	トラスツズマブ (二回目以降)						
3	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○

標準投与量
初回 mg
2回目以降 mg

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル: 21日⇒※(下記参照)
投与日: day1
術後療法サイクル数: 未定

- ※何らかの理由により予定された投与が遅れた際には、以下のとおり投与することが望ましい。
- 1) 投与予定日より1週間以内の遅れで投与する際は、6mg/kgを投与する。
- 2) 投与予定日より1週間を越えた後に投与する際は、改めて初回投与量の8mg/kgで投与を行う。なお、次回以降は6mg/kgを3週間間隔で投与する。

- 《注意事項》
- 1.この計画書は、初回投与までに提出してください。提出のない場合は、混注対象外とします
- 2.計画を変更する場合は、その都度、計画書を提出してください。
- 3.トラスツズマブ投与前に、事前に心エコー等で心機能を確認すること
- 4.トラスツズマブ投与期間中は、定期的に心エコー等で心機能を評価すること

※投薬上の注意などありましたら、ご指示下さい。