

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：未治療HER2陽性の進行・再発胃癌
患者本人へ説明した内容：

手術日

プロトコール名:Pembro+Tmab+CAPOX

クール目
開始日
次回予定日

身長(cm)	体重(kg)	体表面積(m ²)
		0.000

※0.2～5μmのフィルターを通して投与							DAY 1	DAY 2	DAY 3	DAY 4	...	DAY 15	標準投与量
							1月 0日	1月 1日	1月 2日	1月 3日		1月 14日	カペシタビン
1	カペシタビン	2000mg/m ² /day ★下記参照		経口		day1夕～ day15朝	○(夕～	○	○	○	○	～朝)○	2400mg
2	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○						キイトルーダ
3	生理食塩液		100mL	点滴	30分		○						
	キイトルーダ	200mg/body		点滴			○						200mg
4	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○						トラスツズマブ
5	パロノセトロン点滴静注バッグ (0.75mg)		1/バッグ	点滴	30分		○						
	デキサート(6.6mg)		0.75瓶	点滴			○						
	アロカリス点滴静注(235mg)		1瓶	点滴			○						
6	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○						
7	生理食塩液		250mL	点滴			○						
	注射用水		0mL	点滴			○						初回 2回目以降
	トラスツズマブ(初回)	初回8mg/kg、 2回目以降6mg/kg		点滴	初回90分、 2回目以降30分		○						mg
	トラスツズマブ(2回目以降)			点滴			○						mg
8	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○						オキサリプラチン
9	5%ブドウ糖液		500mL	点滴	2時間		○						
	オキサリプラチン	130mg/m ²		点滴			○						mg
10	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○						オキサリプラチン 総投与量チェック
11	デキサメタゾン		4mg	経口				○	○				mg

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル： 21日
投与日：キイトルーダ：day1
トラスツズマブ：day1⇒※(下記参照)
オキサリプラチン：day1
カペシタビン投与日： day1(夕)～day15(朝)

オキサリプラチン
総投与量チェック

※何らかの理由によりTmabの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。

★カペシタビン1回用量
体表面積 1.36m²未満 1200mg
1.36m²以上1.66m²未満 1500mg
1.66m²以上1.96m²未満 1800mg
1.96m²以上 2100mg

《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。

※投薬上の注意などありましたら、ご指示下さい。