

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: 胃癌
患者本人へ説明した内容:

手術日

プロトコール名:Tmab+SOX

身長(cm)

体重(kg)

体表面積(m²)

0.000

クール目

開始日

次回予定日

							DAY 1	DAY 2	DAY 3	DAY 4	...	DAY 15	標準投与量
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月 1日	1月 2日	1月 3日		1月 14日	S-1
1	S-1	体表面積 1.25㎡未満：40mg×2 1.25～1.5㎡未満：50mg×2 1.5㎡以上：60mg×2		経口		day1タ～day15朝	○(タ～	○	○	○	○	～朝)○	80mg
2	パロノセトロン点滴静注バッグ (0.75mg)		1バッグ	点滴	30分		○						トラスツズマブ
	アロカリス点滴静注 (235mg)		1瓶	点滴			○						
	デキサート(6.6mg)		0.75瓶	点滴			○						
3	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○						
4	生理食塩液		250mL	点滴	初回 90 分、2回目 以降30分	60mg/1Vあたり 注射用水3.0mL、 150mg/1Vあたり 注射用水7.2mL で溶解	○						
	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			○						
	トラスツズマブ(二回目以降)												
5	生理食塩液		50mL	点滴	5分		○						オキサリプラチン
6	5%ブドウ糖液		500mL	点滴	2時間		○						
	オキサリプラチン	130mg/㎡		点滴			○						mg
7	生理食塩液		50mL	点滴	15分		○						
8	デキサメタゾン		4mg/日	経口				○	○				

※網掛け部分にご記入ください。

1サイクル: 21日
トラスツズマブ投与日: day1⇒※(下記参照)
オキサリプラチン投与日: day1
S-1投与日: day1(タ)～day15(朝)

オキサリプラチン
総投与量チェック

mg

※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。

※投薬上の注意などありましたら、ご指示下さい。