

■■化学療法投与計画書《SOX+HER療法》■■

| | |
|-----|--|
| 実施日 | |
|-----|--|

| | | | | |
|------|------|------|----------------|-----|
| 患者番号 | 性別 | 身長 | cm | |
| カナ氏名 | 生年月日 | 体重 | kg | 指示医 |
| 患者氏名 | 年齢 | 体表面積 | m ² | |

Rp)オキサリプラチン 130mg/m² 点滴静注 Day1
 トラスツズマブ(ハーセプチン) [初回] 8mg/kg
 [2回目以降] 6mg/kg Day1
 TS-1 ※用量は下記参照 内服(1日2回) Day1(夕)~15(朝)

※TS-1用量:体表面積に応じて調整
 <1.25m² 80mg/body /日(20mg 4C 2×)
 1.25~1.5m² 100mg/body /日(25mg 4C 2×)
 1.5m²< 120mg/body /日(20mg 6C 2×)

| |
|-----------|
| レジメンコメント1 |
| レジメンコメント2 |

| |
|-----------------|
| 本管① |
| 生理食塩液 100mL 1 瓶 |

Day2~4
 デカドロン錠4mg 2錠(8mg) 2× 3日間内服

| |
|--------------------------------|
| 側管① |
| 15分 ↓ |
| パロノセトロン点滴バッグ 1 袋 0.75mg50mL |
| デカドロン注射液1.65m 4 管 |

<注意すべき副作用>
 ●過敏症 ●食欲不振、吐き気
 ●手足のしびれ ●口内炎 ●下痢
 ●色素沈着 ●脱毛(頭髪、まつ毛、眉毛など)
 ●白血球減少 ●赤血球減少(貧血)
 ●血小板減少 ●肝機能低下
 ●アレルギー様症状 ●心機能低下

| |
|--|
| 側管② |
| ※ ↓ |
| 大塚生食注 250mL 1 袋 トラスツズマブ mg |
| ※ トラスツズマブ点滴静注用150mg 150mg: トラスツズマブ点滴静注用60mg 60mg: |

※初回90分 忍容性良好時:2回目以降30分まで短縮可

| |
|---|
| 側管③ |
| 120分 ↓ |
| 大塚糖液5% 250mL(5%TZ) 1 袋 オキサリプラチン mg |
| ※ <腫>オキサリプラチン点滴静注液100mg: <腫>オキサリプラチン点滴静注液50mg: |

★トラスツズマブ投与期間中、以下の初期症状(Infusion reaction)に注意すること
 ・発熱、悪寒
 ・嘔気、嘔吐
 ・疼痛・頭痛・めまい・咳・発疹・無力症など
 ・アナフィラキシー様症状

生理食塩液でルート確保し終了時50mL程度フラッシュ

<実施時の注意点>

漏出時:直ちに投与を中止し、薬剤を吸引、洗浄し、ステロイドの局注、ステロイドの外用剤で対処する。
 ●トラスツズマブ
 ブドウ糖溶液との混合を避け、本剤とブドウ糖溶液の同じ点滴ラインを用いた同時投与は行わないこと。
 ●オキサリプラチン
 アルミニウムとの接触により分解するため、アルミニウムが用いられている機器は使用しないこと。
 本剤投与後数分以内の過敏症状(気管支痙攣、呼吸困難、血圧低下等)が認められた場合には、直ちに投与を中止し適切な処置を行うこと。また回復後は本剤を再投与しないこと。