

患者ID :

患者氏名				生年月日			年齢		性別	
診療科		区分	☐ 階病棟	☐ 外来	申請医師名					

診断名	Stage	Performance Status
-----	-------	--------------------

告知内容	
------	--

治療方法	プロトコール名	HER+DOC療法	告知Grade	
------	---------	-----------	---------	--

身長	cm	体重	kg	体表面積	m ²
血清クレアチニン		ml/dl	Cockcroft-Gault		性別無し ml/min
※女性は0.85を掛けています					

☐ 補助療法	トラスツズマブ	初回	_____ mg (8mg/kg)	
☐ 進行・再発		2回目以降	_____ mg (6mg/kg)	day1
	ドセタキセル		_____ mg (75mg/m ²)	day1
	インターバル3週			

Day1

① 生食100ml

② トラスツズマブ 初回 _____ mg (8mg/kg) + 生食250ml 160ml/hr (90分かけて)

2回目以降 _____ mg (6mg/kg) + 生食250ml 250ml/hr (30分まで短縮可)

③ デキサート6.6mg 1V + 生食100ml 200ml/hr

④ ドセタキセル _____ mg (75mg/m²) + 生食250ml 250ml/hr

処方(オプション→使用する場合は事前処方して下さい)

浮腫対策用量です;投与前日より服用開始します。

デカドロン錠4mg 4錠/日 1日2回 朝・昼食後 3日間 (前日より3日間内服)

投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

併用薬の 確認	アゾール系抗真菌薬(ミコナゾール等)やエリスロマイシン、クラリスロマイシン、シクロスポリン、ミダゾラムの併用によりCYP3A4を阻害、又はDOCとの競合により、DOCの血中濃度が上昇し副作用が強く表れることがある。 アントサイクリン系薬剤投与歴のある患者[心不全等の心障害が現れる恐れがある]
------------	---

B型肝炎check	HBs抗原 () ⇒ HBc抗体 (), HBs抗体 () ⇒ HBV核酸定量 0.9L.IU/ml ()
-----------	---

予測される副作用	骨髄抑制、心毒性、infusion reaction、肝障害、腎障害、悪心、嘔吐、脱毛、浮腫、過敏反応など
----------	---

採否	☐ 承認	☐ 再検討	☐ 不許可
----	-----------------------------	------------------------------	------------------------------

担当委員署名

許可決定日時 年 月 日 有効期限 年 月 日