

レジメン記入フォーマット

診療科名: 外科 _____

申請者名: _____

レジメン名称: SOX+Trastuzumab(2回目以降)[胃]

疾患名(癌種): 治癒・切除不能な胃癌

適用目的(対象): 術前補助化学療法 術後補助化学療法 進行再発 一次 二次以降 三次以降 放射線併用 その他(_____)

フォーマットページ数(/)

| 通しNo | 薬品名・規格 | 投与量 | 手技 | 点滴時間・速度 | day(1) | day() | day() | day(15) | day() | day() | day() | day() | day() | day() |
|------|----------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|--------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 内服 | エスワンタイホウ配合OD錠 | 80~120mg/日 | 内服 | 1日2回 朝・夕食後 経口 | ● | ~ | ● | × | | | | | | |
| | (2週間投与 1週間休薬) | | | | (Day 1 夕~day 15 朝の場合もあり) | | | | | | | | | |
| 1 | パロノセトロンバック0.75mg | 1袋 | 点滴注射 | 15分 | ● | | | | | | | | | |
| | デキサート 6.6mg | 1V | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ブドウ糖注射液 5% 250ml | 1P | 点滴注射 | 2時間 | ● | | | | | | | | | |
| | オキサリプラチン | 130mg/m² | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 生理食塩水 50ml | 1V | 点滴注射 | 15分 | ● | | | | | | | | | |
| | | | | 流し用 | | | | | | | | | | |
| 4 | 生理食塩液 250mL | 1P | 点滴注射 | | | | | | | | | | | |
| | 注射用水 20mL | 2V | 60mg:3.0mL, 150mg:7.2mLで溶解 | | | | | | | | | | | |
| | トラスツズマブ | 2回目以降 6mg/kg | | 2回目以降 30分 | ● | | | | | | | | | |
| 5 | 生理食塩水 50ml | 1V | 点滴注射 | 15分 | ● | | | | | | | | | |

上記表にて設定する抗がん剤について

| 通しNo | 薬品名・規格 | 標準値 | 上限値 |
|------|----------------------|----------------------------|-----|
| 3 | オキサリプラチン | 130mg/m² | — |
| 4 | トラスツズマブ 2回目以降 | 6mg/kg | — |
| | | | |
| | | | |

※この表にてオーダーリングにレジメン登録しますので、漏れなく記入して下さい。

インターバル日数 (21) 日
 レジメン基準日 day(1)
 総クール数 ()クール

| |
|----------------------------------|
| 【投与基準】 |
| 白血球 3000以上 好中球 1500以上 ヘモグロビン10以上 |
| 血小板 75000以上 |

レジメン登録コード _____ 外105
 レジメン審査部会承認日 _____ 2021/6/11

レジメン変更承認日 _____