

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: XELOX+Trastuzumab(2回目以降)[胃]

疾患名(癌種): HER2陽性の治癒切除不能な進行・再発胃癌

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 | カペシタビン錠 | 2000mg/m ² /日 | 内服 | 1日2回 朝・夕食後 経口 | ● | ~ | ● | × | | | | | | |
| | (2週投与, 1週休薬) | | | | (Day 1 タ~day 15 朝の場合もあり) | | | | | | | | | |
| 1 | パロノセトロン点滴静注バック 0.75mg/50ml | 1袋 | 点滴注射 | 15分 | ● | | | | | | | | | |
| | デキサート 6.6mg 2ml | 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/m ² | | | | | | | | | | | | |
| 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~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/m ² | - |
| 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

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107
 レジメン審査部会承認 2021/6/11

レジメン変更承認日 _____

下さい。