

化学療法プロトコール・レジメン登録用紙

登録プロトコール名	トラスツズマブ エムタンシン(3週毎)
診療科	乳腺外科
診療科責任者	
申請者名	西 隆
適応	手術不能または再発乳癌(HER2陽性)
登録年月日	2018.03.30

抗がん剤名称	投与経路	標準投与量
カドサイラ	div	3.6mg/kg

承認	承認	承認	
委員長	副委員長	事務局	

投与スケジュール：3週間毎

投与順	Rp	経路・時間	投与スケジュール																												
			-1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
①	血管確保・フラッシュ用 生食 50mL			●																											
②	カドサイラ(3.6mg/kg) + 生食 250mL	div ※90min		●																											
③	①の残液でフラッシュ			●																											
※ 初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与時間は30分間まで短縮可																															
※ 当院採用品輸液セット [188PC20-1C] を使用 (0.2または0.22 μmインラインフィルター(ポリエーテルスルホン製)を通して投与する)																															

開始予定日 あり なし 年 月 日