

# がん化学療法レジメン登録票

新規レジメン登録の際にはプロトコールの提出が必須です  
プロトコールがない場合は参考文献を提出してください

レジメン名	トラスツズマブBS B法(胃がん)
診療科名	腫瘍内科
診療科責任者名	大山 優
適応がん種	HER2過剰発現が確認された治癒切除不能な進行・再発の胃癌
保険適応外の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

がん治療ワーキンググループ使用欄	
登録番号	Ga-38
登録日・更新日	2019年2月26日
削除日	
出典	トラスツズマブBS点滴静注用「第一三共」添付文書 Lancet Oncol. 2018 ;19:987-998
入力者	伊勢崎 竜也

投与順に記入(抗がん剤のみ)

No.	薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名)	規格	投与量算出式	ルート	投与時間	施行日
	希釈液					
No.1	トラスツズマブ (トラスツズマブBS点滴静注用「第一三共」)	60 mg,150 mg	8 mg/kg( 初回 )	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	90 分	Day 1
	生理食塩液	250 mL	6 mg/kg( 2 回目以降 )		30 分まで短縮可能	

1コースの期間	21 日
投与間隔の短縮規定	<input checked="" type="checkbox"/> 短縮可能( 1 日 ) ・ <input type="checkbox"/> 短縮不可能
計算後の投与量上限値	110%
計算後の投与量下限値	

減量・中止基準	併用する化学療法の基準に準じる  【中止基準】 ・EF < 50 %
前投薬	不要(併用する化学療法の前投薬に準じる)
その他の注意事項	EF50%未満の場合適応不可 術前・術後薬物療法の場合には、投与期間は12カ月間までとする。 anthracycline系の薬剤を含むレジメンとの併用不可(例:FEC、EC、AC)  初回導入時は投与前、4 カ月後、8 カ月後に心エコーにてEFをチェックする。 再導入時は 2 コース毎に心エコーにてEFをチェックする。

記入者	伊勢崎 竜也
確認者	大山 優