

抗がん剤プロトコール＜ GEM+HER＞

年 月 日

診療科・主治医 _____

外来・入院() 患者ID _____ 患者氏名 _____ 性別 男・女 年齢 _____ 歳

病名 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体表面積 _____ m² HBs抗原 一・十

血清CRE _____ mg/dl CLcr _____ ml/min

投与開始日 _____ 年 月 日 曜日 1クール 21日 予定クール数 _____ クール

Day1	年	月	日	曜日	Day8	年	月	日	曜日
[:]					[:]				
① グラニセロン3mg/バック100ml デキサート6.6mg 1V 30分かけて サイン ()					① グラニセロン3mg/バック100ml デキサート6.6mg 1V 30分かけて サイン ()				
↓					↓				
[:]	② 生理食塩液100ml ゲムシタピン(1250mg/m ²) _____ mg (ジェムザール1g V; 200mg V) 30分かけて サイン ()				[:]	② 生理食塩液100ml ゲムシタピン(1250mg/m ²) _____ mg (ジェムザール1g V; 200mg V) 30分かけて サイン ()			
↓					↓				
[:]	③ 生理食塩液250ml ハーセプチン(6mg/kg) _____ mg (ハーセプチン150mg V; 60mg V) (全量 ml) 30分かけて サイン ()				[:]	③ 生理食塩液15ml 15分かけて サイン ()			
↓									
[:]	④ 生理食塩液50ml 15分かけて サイン ()								
【太枠内ケモセーフロック使用】									

確認薬剤師

＜訂正箇所は赤字でお願いします。＞
＜下線部のみ記入してください。＞