

10N058_胃_KEY+Trastuzumab+XELOX_3週毎

Pembrolizumab(Day1) + Trastuzumab(Day1) + L-OHP(Day1) + Capecitabine (Day1夕 - Day15 朝) 3週毎

◆ _____月 _____日(Day1)から _____コース実施。 (外来で実施 ・ 入院で実施)

◆免疫チェックポイント阻害薬導入時は「投与前スクリーニングセット検査」が必要です。

◆検査が実施されない場合、がん化学療法の実施は認められません。

Rp	商品名	用量[基準量]	投与方法	Day0	1	2	3	4	5	6	7
1	生食注(50mL)	1 瓶	div / 15min		●						
2	生食注(100mL) キイトルーダ点滴静注	1 瓶 200mg[200mg/body]	div / 30min		○						
3	生食注(50mL)	1 瓶	div / 15min		●						
4	生食注(250mL) トラスツズマブBS点滴静注用	1 袋 _____mg[初回 8mg/kg] _____mg [2回目以降 6mg/kg]	div / 1.5hr ※		○						
5	生食注(50mL)	1 瓶	div / フラッシュ		●						
6	グラニセトロン点滴3mgバッグ デカドロン注射液1.65mg	1 袋 6 A	div / 15min		●						
7	ブドウ糖注5%(250mL) オキサリプラチン点滴静注液	1 袋 _____mg[130mg/m2]	div / 2hr		○						
8	生食注(50mL)	1 瓶	div / フラッシュ		●						
9	カベシタビン錠	_____mg/回 [1000mg/m2/回] (1日 _____mg)	po								

● Day 1 夕 - Day 15 朝 まで
※添付文書の用法・用量のC法に準ずる。

※ トラスツズマブBS注は忍容性良好であれば、初回(1.5hr)、2回目以降(30min)で投与可。

- ・ 皮膚障害対策として、あらかじめ”手足症候群対応セット”をオーダーして下さい。
- ・ キイトルーダ注の投与にあたっては、インラインフィルター(0.2～0.22μm)を使用すること。
- ・ キイトルーダ注の希釈後濃度は、1～10mg/mLとなること。