

治療審査委員会申請書類

患者ID : _____

患者氏名				生年月日			年齢			性別				
診療科			区分	☐ 3階病棟	☐ 外来		申請医師名							
診断名							Stage			Performance Status				
告知内容														
治療方法	プロトコール名	BV+アテゾリズマブ(テセントリク)療法							告知Grade					
投与計画	身長		cm		体重		kg		体表面積				m ²	
	血清クレアチニン				ml/dl		Cockcroft-Gault		性別無し ml/min				※女性は0.85を掛けています	
	テセントリク		1200		mg (固定用量)		d1							
	アバスチン				mg (15mg/kg)		d1							
	インターバル		3週											
	Day1													
	① 生食100ml 100ml/hr 本体ルート(終了時に残廃棄)													
	② テセントリク 1200 mg + 生食250ml 側管(※インラインフィルター付き)													
	初回60分で投与、忍容性良好であれば2回目以降 30分まで短縮可													
	③ 生食50ml (ルート内フラッシュ)													
④ アバスチン mg + 生食100ml 側管														
初回90分、忍容性良好であれば2回目60分、3回目以降30分まで短縮可														
1サイクル目のテセントリクorアバスチンでinfusion reaction関連事象が発現した場合は、 2サイクル目以降で抗ヒスタミン薬や解熱鎮痛薬の前投薬を考慮して下さい。														
投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日														
併用薬の確認														
B型肝炎check	HBs抗原 () ⇒ HBc抗体 (), HBs抗体 () ⇒ HBV核酸定量 0.9L IU/ml ()													
特に注意を要する副作用	・間質性肺疾患 ・大腸炎、重度の下痢 ・下垂体機能障害 ・甲状腺機能障害 ・腎障害 ・脳炎、髄膜炎 ・膵炎 ・1型糖尿病 ・肝機能障害、肝炎 ・神経障害 ・副腎障害 ・重度の皮膚障害 ・重症筋無力症、心筋炎、筋炎、横紋筋融解症 ・infusion reaction ・蛋白尿 ・血圧上昇 ・消化管穿孔 ・血栓塞栓症 など													
備考	テセントリク注; インラインフィルター(0.2又は0.22 μm)を使用すること													
注入ポンプ点滴回路、フィルター指定等														
採否	☐ 承認 ☐ 再検討 ☐ 不許可													

担当委員署名 _____

許可決定日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日