

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          | <input type="checkbox"/> | 階病棟       | <input type="checkbox"/> | 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                                                                                     | CBDCA + PEM |                          |           |                          |      |                | 告知Grade |                    |  |
| 投与計画                                                | 身長                                                                                          | cm          | 体重                       | kg        | 体表面積                     |      | m <sup>2</sup> |         |                    |  |
|                                                     | 血清クレアチニン値                                                                                   |             | mg/dl                    | GFR(補正あり) |                          | 性別無し | ml/min         |         |                    |  |
|                                                     | AUC                                                                                         |             | に設定する                    |           |                          |      |                |         |                    |  |
|                                                     | カルボプラチン #VALUE! mg/body (AUC6、カルバートの式:AUC×(GFR+25)にて計算) d1                                  |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
|                                                     | ペトレキセド _____ mg/body (500mg/m <sup>2</sup> ) d1                                             |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
|                                                     | インターバル3週                                                                                    |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
|                                                     | Day1                                                                                        |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
|                                                     | ① ハロ/セロン点滴静注ハック0.75mg/50ml + デキサート(1.65mg) 3A [4.95mg] 100ml/hr                             |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
|                                                     | ② 生食100ml (メイン用の本体)                                                                         |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
|                                                     | ③ ペトレキセド _____ mg + 生食100ml 10分で投与(600ml/hr)                                                |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
| ④ カルボプラチン ##### mg + 生食250ml 250ml/hr               |                                                                                             |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
| 支持療法                                                |                                                                                             |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
| 化学療法開始1週間前よりマスブロン注1mg 1A 筋注 9週間ごと(ペトレキセド投与終了22日目まで) |                                                                                             |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
| 化学療法開始1週間前より パンビタン末 1g 1日1回朝食後 内服(ペトレキセド投与終了22日目まで) |                                                                                             |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
| アプレピタントCP125mg アリムタ投与1～1.5時間前に1CP内服                 |                                                                                             |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
| アプレピタントCP80mg 1回1CP 1日1回 朝食後 2～3日目に内服               |                                                                                             |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
| 省略可能 (デカドロン4mg 1回1錠 1日1回 朝食後 2～3日目に内服)              |                                                                                             |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
| 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 ( )                                   |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
| 予測される副作用と対処方針                                       | 骨髄抑制、間質性肺炎、ショック・アナフィラキシー、重度の下痢、脱水、腎不全、急性腎障害、肝不全・肝障害・黄疸、心筋梗塞、うつ血性心不全、難聴、白質脳症、腫瘍崩壊症候群、悪心・嘔吐など |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
| 備考                                                  | CDDP不耐な患者に対しての選択肢(CBDCAは胸膜中皮腫に対し保険適応外)                                                      |             |                          |           |                          |      |                |         |                    |  |
| 採否                                                  | <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 再検討 <input type="checkbox"/> 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