

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	☐	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	CBDCA + Pemetrexed								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												
	アリムタ _____ mg/body (500mg/m ²) d1												
	インターバル3週												
	投与予定 _____ コース(最大6コース)												
	※維持療法(アリムタ単剤)へ移行する場合は、カルボプラチン併用を4コースで終了する												
	Day1												
	① パロ/セロン点滴静注バッグ0.75mg/50ml + アロカリス235mg 1V + デキサート6.6mg 1.5V[9.9mg] 120ml/hr 30分かけて投与												
② 生食100ml (メイン用の本体)													
③ アリムタ _____ 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週間前よりメチコバール500μg 2A 筋注 9週間ごと(アリムタ投与終了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(アリムタ投与終了22日目まで)													
デカドロン4mg 1回1錠 1日2回 朝昼食後 2～4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 0.9LIU/ml ()												
予測される副作用と対処方針	悪心・嘔吐 制吐剤(プリンペラン、ドンペリドン、オランザピンなど)を使用し緩和する 骨髄抑制 中止、減量、休薬をする。G-CSFの使用も考慮する その他、皮疹、倦怠感など予想される。適宜対処療法を行っていく。												
備考													
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