

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   | 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                                                                                                                                                                                        | CPT-11 + Bevacizumab |      |       |  |                       |       |             | 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                                                                                                                                                                                       |                      |      | ml/dl |  | Cockcroft-Gault 推算Ccr |       | 性別無し ml/min |                |                    |  |
|                                                                                                                                                                                      | ※女性は0.85を掛けています                                                                                                                                                                                |                      |      |       |  |                       |       |             |                |                    |  |
|                                                                                                                                                                                      | Day1                                                                                                                                                                                           |                      |      |       |  |                       |       |             |                |                    |  |
|                                                                                                                                                                                      | ① ハロセトン点滴静注バック0.75mg/50ml + アロリス235mg 1V + テキサート1.65mg<3A> [4.95mg] 120                                                                                                                        |                      |      |       |  |                       |       |             |                |                    |  |
|                                                                                                                                                                                      | ② 生食 100ml                   メイン用本体(終了後は残破棄)                                                                                                                                                   |                      |      |       |  |                       |       |             |                |                    |  |
|                                                                                                                                                                                      | ③ ベバシズマブ _____mg (標準量 5mg/kg) + 生食100ml                                                                                                                                                        |                      |      |       |  |                       |       |             |                |                    |  |
|                                                                                                                                                                                      | 初回90分、2回目60分、3回目以降30分で投与可能(忍容性確認)                                                                                                                                                              |                      |      |       |  |                       |       |             |                |                    |  |
|                                                                                                                                                                                      | ④ イリノテカン _____mg (標準量 150mg/m <sup>2</sup> ) + 5%糖液250ml                   165ml/hr                                                                                                            |                      |      |       |  |                       |       |             |                |                    |  |
|                                                                                                                                                                                      | インターバル2週                                                                                                                                                                                       |                      |      |       |  |                       |       |             |                |                    |  |
| 内服薬 デカドロン錠4mgは省略(症例に応じ追加;1回1錠 1日1回朝食後 2-3日目に内服)                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                      |      |       |  |                       |       |             |                |                    |  |
| CPT-11:<br>白血球数が3,000/mm <sup>3</sup> 未満、好中球が1,500/mm <sup>3</sup> 未満、または血小板数が10万/mm <sup>3</sup> 未満の場合には、<br>投与中止または延期(基準を満たしていても、白血球数または好中球数が急激な減少傾向にあるなど、<br>骨髄抑制が疑われる場合には中止又は延期) |                                                                                                                                                                                                |                      |      |       |  |                       |       |             |                |                    |  |
| 投与開始日 _____年 _____月 _____日                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                      |      |       |  |                       |       |             |                |                    |  |
| 併用薬の<br>確認                                                                                                                                                                           | イリノテカン<br>併用禁忌;アタザナビル硫酸塩<br>併用注意;CYP3A4阻害剤(アゾール系抗真菌剤、マクロライド系抗生物質、リトナビル、ジルチアゼム、ニフェジピン<br>モザバブタン、グレープフルーツジュース等)<br>CYP3A4誘導剤(フェニトイン、カルバマゼピン、リファンピシン、フェニバルビタール等)、セイヨウオトギリソウ含有食品<br>※添付文書を参照(一部記載) |                      |      |       |  |                       |       |             |                |                    |  |
| 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<br>副作用                                                                                                                                                                         | 骨髄抑制、高度な下痢・腸炎、腸管穿孔、消化管出血、腸閉塞、間質性肺炎、ショック、アナフィラキシー<br>肝機能障害、黄疸、急性腎障害、血栓塞栓症、脳梗塞、心筋梗塞、狭心症発作、心室性期外収縮<br>うっ血性心不全、動脈解離、食欲不振、悪心嘔吐、口内炎、しゃっくり、倦怠感<br>創傷治癒遅延、出血、高血圧性脳症、高血圧性クレーゼ、可逆性後白質脳症、ネフローゼ症候群など       |                      |      |       |  |                       |       |             |                |                    |  |
| 備考                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                |                      |      |       |  |                       |       |             |                |                    |  |
| 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