

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		CPT-11+Getuximab							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		GFR(糸球体濾過率)		性別無し ml/min		
	※女性は0.85を掛けています												
	Day1,15,29												
	① レスタミンコーワ錠 5T(50mg) アービタックス投与 30分前に(②と同時に)												
	② デキサート(6.6mg) 1V + 生食100ml 200ml/hr												
	③ アービタックス 初回 _____ mg (400mg/m ²) + 生食500ml 250ml/hr												
	2回目以降 _____ mg (250mg/m ²) + 生食250ml 250ml/hr												
	④ 生食50ml アービタックスと同じ投与速度で(250ml/hr)												
	⑤ グラニセトロン3mgバック 200ml/hr												
⑥ カンプト(イリノテカン) _____ mg (150/m ²) + 5%糖液 250ml 160ml/hr													
処方													
デカドロン4mg 2T 分2 朝屋内服 day2~3,16~17,30~31													
ヒルドイドフォーム 1缶 1日2回 患部に塗布 (アービタックスによる皮膚障害予防のため毎日塗布)													
ミノサイクリン錠100mg 1日2回 朝・夕食後 1回1錠 (アービタックスによる皮膚障害予防)													
注)6週間を目途に予防投与。その後は症状みて休薬もしくは間欠投与可。肝障害や眩暈に注意。													
ロコイドクリーム0.1%(5g/本) 5本 1日2回 患部に塗布 <<症状発現時に使用;顔>> 強さ;midium													
マイザー軟膏0.05%(5g/本) 10本 1日2回 患部に塗布 <<症状発現時に使用;体>> 強さ;very strong													
デルモゾールローション0.12% 2本 1日2回 患部に塗布 <<症状発現時に使用;頭>> 強さ;strong													
Day8,22,36,43													
① レスタミンコーワ錠 5T(50mg) アービタックス投与 30分前に													
② アービタックス _____ mg (250mg/m ²) + 生食250ml 250ml/hr													
③ 生食50ml アービタックスと同じ投与速度で(250ml/r)													
上記7週間1クールとする													
投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日													
併用薬の確認	S1: 併用禁忌 : 他のフッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍薬、フッ化ピリミジン系抗真菌薬 (投与されていないこと。及び投与中止後1週間以上経過していることを確認する) 併用注意 : フェニトインの血中濃度上昇の恐れあり(中毒症状の発現)、 ワルファリンの作用増強させることがある凝固能変動注意												
B型肝炎check	HBs抗原 () ⇒ HBc抗体 (), HBs抗体 () ⇒ HBV核酸定量 0.9IU/ml ()												
予測される副作用と対処方針	悪心・嘔吐	制吐剤((5-HT3拮抗薬内服、プリンペラン、コンスタン、ドンペリドン)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											
	下痢(早発)	予防投与としてイリノテカン投与前にフスコパン注10~20mg/回、症状に応じてイリノテカン投与中又は終了後に追加する。(禁忌:緑内障・前立腺肥大による排尿障害等)											
	下痢(遅発)	止瀉薬の使用検討。予防として半夏瀉心湯・排便コントロールや経口アルカリ化を行う											
備考	症状出現時プロマック、アロシトールG含嗽液等で対応。症状がひどいときは休薬、中止を考慮												
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