

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		Cetuximab単独							告知Grade			
	身長		cm		体重		kg		体表面積		m ²		
	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 ②a アービタックス _____ mg (初回 400mg/m²) + 生食500ml 250ml/hr 2回目以降のアービタックス投与量 ②b アービタックス _____ mg (2回目以降 250mg/m²) + 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/hr) 上記を1週間に1回投与する 初回セット処方 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>> ステロイドの強さ;medium 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>> ステロイドの強さ;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>> ステロイドの強さ;strong 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	infusion reaction Grade1~2:投与速度の減速、症状に応じNSAIDs、ステロイド投与など適切な処置を行なう Grade3以上:中止。症状に応じエピネフリン、ステロイドの投与や酸素吸入など適切な処置を行う ざ瘡様皮疹 80%以上の患者に皮膚症状が現れる 症状出現時、体幹:マイザー軟膏、 顔:ロコイドクリーム、頭皮:デルモゾールローションを塗布 電解質異常 症状がひどいときはミノトーワ、掻痒感が強いときにはアレグラを検討 電解質異常 血清Mg値を初めとした電解質の検査値に注意する。症状が重度のときは中止減量を考慮 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 症状出現時、止瀉薬の投与、補液等適切な処置を行う 心臓障害 症状が重度の時は休薬、中止も含めた適切な処置を行う												
備考	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