

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		DTX単剤(胃癌)							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		推算Ccr		性別無し ml/min		
	※女性は0.85を掛けています												
	ドセタキセル				mg		(標準量60mg/m ²) day1						
	Day1												
	① 生食100ml+デキサート6.6mg 1V 200ml/hr 側管												
	② 生食100ml 本体ルート(終了時に残廃棄)												
	③ ドセタキセル _____ mg + 生食250ml 250ml/hr(60分) 側管												
	投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日												
併用薬の確認	アゾール系抗真菌薬,エリスロマイシン,クラリスロマイシン,シクロスポリン,ミダゾラム⇒ドセタキセルの血中濃度上昇												
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	骨髄抑制、ショック、アナフィラキシー、黄疸、肝不全、肝機能障害 急性腎障害、間質性肺炎、肺線維症、心不全、播種性血管内凝固症候群 腸管穿孔、胃腸出血、虚血性大腸炎、大腸炎、イレウス、 急性呼吸促迫症候群、急性膵炎、静脈血栓塞栓症、SIADHなど												
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