

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	FOLFIRI + Bevacizumab								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	
	ベバシズマブ イリノテカン レボホリナート フルオロウラシル急速 フルオロウラシル持続 インターバル2週 mg (標準量 5mg/kg) d1 mg (標準量 150mg/m²) d1 mg (標準量 200mg/m²) d1 mg (標準量 400mg/m²) d1 mg (標準量 2400mg/m²) d1 46時間 持続投与													
	Day1													
	① 生食100ml メイン用本体													
	② パロ/セロン点滴静注バッグ0.75mg/50ml + アロカリス235mg 1V + テキサート1.65mg<3A> [4.95mg] 120ml/hr 30分かけて投与													
	③ ベバシズマブ _____ mg + 生食100ml 初回90分、2回目60分、3回目以降30分で投与（忍容性確認）													
	④ イリノテカン _____ mg + 5%糖液250ml 125ml/hr													
	⑤ レボホリナート _____ mg + 生食250ml ④と同時に 125ml/hr													
	⑥ フロウラシル _____ mg + 生食50ml 全開で													
⑦ フロウラシル _____ mg + 生食 100 ml （全量100mlとする）46hrかけて														
内服 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)														
フルオロウラシル : T-Bilが5.0mg/dl以上の場合投与中止														
CPT-11 : 白血球数が3,000/mm ³ 未満、好中球が1,500/mm ³ 未満、または血小板数が10万/mm ³ 未満 の場合には、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、骨髓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 確認	併用禁忌：ティーエスワン 併用注意：フルオロウラシル は 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 0.9L.IU/ml ()													
予測される 副作用	骨髓抑制、末梢神経障害、悪心嘔吐、口内炎、過敏症、ショック・アナフィラキシー、Infusion Reaction 腎障害、肝障害、血栓塞栓症、白質脳症、味覚障害、間質性肺炎、高血圧、蛋白尿、創傷治癒遅延 早発性下痢、遅発性下痢など													
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