

治療審査委員会申請書類

患者ID : 0

患者氏名	0		生年月日			年齢	0	性別	0		
診療科	区分		☐	階病棟	☐	外来	申請医師名				
診断名						Stage					
告知内容											
治療方法	プロトコール名 FOLFIRI + Panitumumab						告知Grade				
投与計画	身長		0	cm	体重		0	kg	体表面積	0	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
	① グラニセトロン3mgバック + デキサート(6.6mg) 1.5V 200ml/hr										
	② 生食50ml 全開で										
	③ ベクティビックス 0 mg (6mg/kg) + 生食100ml 100ml/hr										
	④ 生食50ml 100ml/hr										
	⑤ イリノテカン 0 mg (150mg/m ²) + 5%糖液250ml 125ml/hr										
	⑥ レボホリナート 0 mg (200mg/m ²) + 生食250ml ⑤と同時に 125ml/hr										
	⑦ フルオウラシル 0 mg (400mg/m ²) + 生食50ml 全開で										
	⑧ フルオウラシル 0 mg (2400mg/m ²) + 生食 100 ml (全量100mlとする) 46hrかけて										
処方薬											
デカドロン4mg 2T 分2 朝昼内服 2日目から3日目まで内服											
ヒルドイドフォーム 1缶 1日2回 患部に塗布 (ベクティビ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 (ベクティビ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											
上記2週間1クールとする											
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：フェニトイン(フェニトインの血中濃度上昇)、ワルファリン(ワルファリン作用増強によるINR延長に注意)										
B型肝炎check	HBs抗原 () ⇒ HBc抗体 (), HBs抗体 () ⇒ HBV核酸定量 0.9L.IU/ml ()										
予測される副作用と 処処方針	悪心・嘔吐 制吐剤を使用し緩和する										
	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ブスコパン注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										
	ざ瘡様皮疹 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 掻痒感が強いときにはフェキソフェナジン錠を検討										
備考	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する。										
	心臓障害 症状が重度の時は本剤の休薬、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	持続フルオウラシルはインフューザーポンプSV2.5を使用 ベクティビックスは0.2ミクロンのインラインフィルターを使用										
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