

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	FP療法(フルオロウラシル+CDDP)								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												
	シスプラチン	mg/body (80mg/m ²)		Day1									
	フルオロウラシル	mg/body (800mg/m ²)		Day1~5		インターバル4週							
	Day1												
	① 生食 500ml + 硫酸マグネシウム補正液1mEq/mL【0.5管(10ml)】 500ml/hr												
	② 生食 500ml 500ml/hr												
	③ ハロ/セロン点滴静注バッグ0.75mg/50ml + アロカリス235mg 1V + デキサート6.6mg1.5V [9.9mg] 120ml/hr												
	④ 生食 500ml 250ml/hr												
投与計画	⑤ シスプラチン		mg		+ 生食500ml		250ml/hr						
	⑥ フロセミド20mg 1A		+ 生食50ml		250ml/hr								
	⑦ ソルデム3A 500ml		250ml/hr										
	⑧ フロロウラシル		mg		+ 生食500ml		22時間ペースに設定(過量充填により24時間で終了予定)						
	⑨ ビカネイト500ml		120ml/hr										
	⑩ ビカネイト500ml		120ml/hr										
	⑪ ソルデム3A 500ml		120ml/hr										
	Day2~5												
	① 生食 1000ml 40ml/hr 本体ルートに使用												
	② デキサート6.6mg 1V + 生食50ml 100ml/hr <<前日と同じ時間帯に投与>> 【側管】												
③ フロロウラシル mg + 生食500ml 22時間ペースに設定(過量充填により24時間で終了予定)													
制吐剤処方													
オランザピンOD錠2.5mg 1回2錠 1日1回 夕食後 4日分 (治療当日から4日間服用)													
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(ワルファリンの作用増強・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	骨髄抑制、過敏症、ショック・アナフィラキシー、末梢神経障害、急性腎障害、肝機能障害 血栓塞栓症、白質脳症、難聴、耳鳴り、味覚障害、間質性肺炎、重篤な腸炎、下痢、口内炎など											
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

備考	・5-FU 24時間毎に交換します、流速に遅れがないか適宜確認して下さい。 ・オランザピンは糖尿病患者に禁忌です ・作用点が重複するため、D2受容体拮抗薬(プリンペラン、ドンペリドン等)との併用は避ける。 ・主な有害事象は眠気のため、睡眠薬との併用や夜間転倒に十分注意する。											
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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