

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		GEM + アブラキサン療法 (Weekly)							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				性別無し ml/min				
	※女性は0.85を掛けています												
	Day1、8、15												
	① パロ/セロン点滴静注バック0.75mg/50ml + アロカリス235mg 1V + デキサート1.65mg<3A> [4.95mg] 120ml/hr 30分かけて投与												
	② 生食100ml 本体ルートに使用												
	③ ゲムシタビン _____ mg (1000mg/m ²) + 生食100ml 200ml/hr(30分で投与)												
	④ アブラキサン _____ mg (125mg/m ²) + 生食 _____ ml (30分かけて投与)												
	※ 1Vあたり生食20mlで溶解し溶解後は希釈しない												
	インターバル4週												
アブラキサン C法													
中止基準 : 好中球<1,500/ μ L、血小板<10万/ μ L													
減量基準 : 好中球が7日以上にわたって500/ μ L未満となった場合。血小板が5万/ μ L未満となった場合。発熱性好中球減少症となった場合。高度な末梢神経障害(Grade3)が発現した場合には、軽快または回復(Grade1以下)するまで延期し、次回投与量を減量する。													
減量目安 : 1段階減量 100mg/m ² 2段階減量 75mg/m ²													
投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日													
併用薬の確認													
B型肝炎check	HBs抗原 () $\Rightarrow$ HBc抗体 (), HBs抗体 () $\Rightarrow$ HBV核酸定量 0.9L.IU/ml ()												
予測される副作用	白血球減少などの骨髄抑制、感染症、末梢神経障害、麻痺、ショック、アナフィラキシー、間質性肺疾患 心筋梗塞、うっ血性心不全、脳卒中、肺塞栓、難聴、耳鳴、消化管壊死、消化管穿孔、消化管出血 重篤な腸炎、腸管閉塞、腸管麻痺、肝機能障害、黄疸、脾炎、急性腎障害、中毒性表皮壊死融解症 播種性血管内凝固症候群、皮膚障害、白質脳症												
備考	ゲムシタビンは60分以上かけて投与すると副作用が増強する アブラキサン:フィルター付ルートは使用しない(懸濁液)												
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