

治療審査委員会申請書類

患者ID : 0

患者氏名	0	生年月日	明治33年1月0日	年齢	0	性別	0
診療科	0	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単独療法	告知Grade	
------	---------	---------	---------	--

投与計画	身長 0 cm 体重 0 kg 体表面積 0 m ²
	Day1,8,15 投与 ① デキサート(6.6mg) 1V + 生食100ml 200ml/hr ② ゲムシタビン 0 mg (1000mg/m ²) + 生食100ml 200ml/hr ③ 生食50ml 200ml/hr
	上記3週投与1週休薬を1クールとする
投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

併用薬の 確認	
------------	--

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 対処方針	悪心・嘔吐 制吐剤((5-HT3拮抗薬内服、プリンペラン、コンスタン、ドンペリドン)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
-----------------------	--

備考	ゲムシタビンは30～60分以内に投与(副作用↑の為)
注入ポンプ点 滴回路、フィル ター指定等	

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