

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									
	① デキサート6.6mg 1V + 生食100ml 200ml/hr									
	② 生食100ml 本体ルートに使用									
	③ ゲムシタビン 0 mg (1000mg/m ²) + 生食100ml 200ml/hr(30分で投与する)									
インターバル3週										
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	白血球減少、間質性肺炎、感染症、ショック、アナフィラキシー、心筋梗塞、うっ血性心不全、肺水腫、気管支痙攣 成人呼吸促迫症候群(ARDS)、腎不全、溶血性尿毒症症候群、皮膚障害、肝機能障害、黄疸、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									
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