

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単独療法(乳癌)								告知Grade			
投与計画	身長 _____ cm 体重 _____ kg 体表面積 _____ m ²												
	Day1,8 投与												
	① デキサート6.6mg 1V + 生食100ml 200ml/hr												
	② 生食100ml 本体ルート												
	③ ゲムシタビン _____ mg (1250mg/m ²) + 生食100ml 200ml/hr												
	インターバル3週												
	＜投与継続可否などの目安＞												
	a 発熱性好中球減少												
	b 血小板<25,000/mm ³ もしくは、血小板減少に伴う出血のため血小板輸血をした場合												
	c 非血液毒性≧Grade3 (悪心、嘔吐、食欲不振を除く)												
	a～cのどれかに当てはまれば次回から1,000/m ² へ減量、												
	1,000/m ² で同様の事象が発生すれば800mg/m ² へ減量												
	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	骨髄抑制、肝障害、腎障害、悪心、嘔吐、皮疹、過敏反応など												
備考	ゲムシタビンは30分で投与(副作用↑の為)												
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