

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	GT + trastuzumab併用療法						告知Grade	
☐ 補助療法	身長	0	cm	体重	0	kg	体表面積	0	m ²
☐ 進行・再発	Day1								
投与計画	① レスタミンコーワ錠 5T(50mg) 内服 《②と同時に》								
	② ラニチジン注50mg 1A + 生食20ml 静注								
	③ 生食100ml + デキサート(6.6mg) 3V 200ml/hr								
	④ パクリタキセル 0 mg (175mg/m ²) + 5%糖液500ml 170ml/hr								
	⑤ ゲムシタビン 0 mg (1250mg/m ²) + 生食100ml 200ml/hr								
	⑥ ハーセプチン 初回 0 mg (4mg/kg) + 生食250ml 160ml/hr								
	2回目以降 0 mg (2mg/kg) + 生食250ml 250ml/hr (30分まで短縮可)								
	⑦ 生食50ml 200ml/min								
	Day8								
	① 生食100ml + デキサート(6.6mg) 1V 200ml/hr								
投与計画	② ゲムシタビン 0 mg (1250mg/m ²) + 生食100ml 200ml/hr								
	③ ハーセプチン 0 mg (2mg/kg) + 生食250ml 250ml/hr (30分まで短縮可)								
	④ 生食50ml 200ml/min								
投与計画	Day15								
	① ハーセプチン 0 mg (2mg/kg) + 生食250ml 250ml/hr (30分まで短縮可)								
	② 生食50ml 200ml/min								
投与計画	上記を3週間ごとに繰り返す								
	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、Infusion Reaction、肝障害、腎障害、悪心、嘔吐、脱毛、過敏反応 末梢神経障害、関節痛・筋肉痛など								
備考	PTX;0.22 μ m以下のフィルター使用、アルコール不耐患者は投与不可、自動車運転等危険を伴う機械操作は禁止 ゲムシタビンは30～60分以内に投与(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