

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	GT療法								告知Grade			
投与計画	身長		cm		体重		kg		体表面積		m ²		
	パクリタキセル _____ mg/body (175mg/m²) day1 ゲムシタビン _____ mg/body (1250mg/m²) day1, 8 インターバル3週												
	Day1												
	① デキサート6.6mg <3V> + ファモチジン注20mg 1A + 生食100ml 200ml/hr レスタミンコーワ錠 5T(50mg) 内服												
	② 生食100ml 本体ルート												
投与計画	③ パクリタキセル _____ mg + 5%糖液500ml 170ml/hr ※フィルター使用												
	④ ゲムシタビン _____ mg + 生食100ml 200ml/hr												
	Day8												
投与計画	① 生食100ml + デキサート(6.6mg) 1V 200ml/hr												
	② 生食100ml 本体ルート												
	③ ゲムシタビン _____ mg + 生食100ml 200ml/hr												
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、脱毛、出血性膀胱炎、浮腫、過敏反応 末梢神経障害、関節痛・筋肉痛など												
備考	PTX;0.22μm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