

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	HER+TC療法(DOC + CPA)								告知Grade		
投与計画	身長		cm		体重		kg		体表面積		m ²	
	血清クレアチニン				ml/dl				推測Ccr		性別無し ml/min	
											※女性は0.85を掛けています	
	ドセタキセル _____ mg (75mg/m²) day1 エンドキサン _____ mg (600mg/m²) day1 トラスツズマブ 初回 _____ mg (8mg/kg) day1 2回目以降 _____ mg (6mg/kg) day1 インターバル3週											
	Day1											
	① 生食100ml 本体ルート											
② トラスツズマブ 初回 _____ mg (8mg/kg) + 生食250ml 90分かけて												
2回目以降 _____ mg (6mg/kg) + 生食250ml 忍容性あれば30分まで短縮可												
③ パロ/セロン点滴静注パック0.75mg/50ml + アロカリス235mg 1V + デキサート1.65mg<3A> [4.95mg]												
④ ドセタキセル _____ mg (75mg/m ²) + 生食250ml 250ml/hr												
⑤ エンドキサン _____ mg (600mg/m ²) + 生食100ml 200ml/hr												
Day2～4(範囲内で変更可能) 化学療法による発熱性好中球減少症の発症抑制												
① ペグフィルグラスチム皮下注3.6mg												
処方(オプション→使用する場合は事前処方して下さい)												
浮腫対策用量です;投与前日より服用開始します。												
デカドロン錠4mg 4錠/日 1日2回 朝・昼食後 3日間 (前日より3日間内服)												
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 0.9LIU/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 皮膚障害、末梢神経障害、関節痛・筋肉痛、心機能障害、インフュージョンリアクションなど											
備考												
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