

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+mFOLFOX6療法						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		推算Ccr				性別無し ml/min																																				
	※女性は0.85を掛けています																																												
	○HER2陽性の切除不能進行・再発胃癌																																												
	トラスツズマブ 初回 _____ mg(標準量 8mg/kg) day1、22																																												
	2回目以降 _____ mg(標準量 6mg/kg)																																												
	オキサリプラチン _____ mg(標準量 85mg/m ²) day1、15、29																																												
	レボホリナート _____ mg(標準量 200mg/m ²) day1、15、29																																												
	フルオウラシル 急速 _____ mg(標準量 400mg/m ²) day1、15、29																																												
	フルオウラシル 46hr持続 _____ mg(標準量 2400mg/m ²) day1-3、15-17、29-31																																												
インターバル FOLFOX療法は14日、トラスツズマブは21日																																													
<table><tr><td>投与例</td><td>1w</td><td>2w</td><td>3w</td><td>4w</td><td>5w</td><td>6w</td></tr><tr><td></td><td>day1</td><td>day8</td><td>day15</td><td>day22</td><td>day29</td><td>day36</td></tr><tr><td>HER</td><td>○</td><td>休</td><td>休</td><td>○</td><td>休</td><td>休</td></tr><tr><td>FOLFOX</td><td>○</td><td>休</td><td>○</td><td>休</td><td>○</td><td>休</td></tr><tr><td>投与パターン</td><td>A</td><td>-</td><td>B</td><td>C</td><td>B</td><td>-</td></tr></table>											投与例	1w	2w	3w	4w	5w	6w		day1	day8	day15	day22	day29	day36	HER	○	休	休	○	休	休	FOLFOX	○	休	○	休	○	休	投与パターン	A	-	B	C	B	-
投与例	1w	2w	3w	4w	5w	6w																																							
	day1	day8	day15	day22	day29	day36																																							
HER	○	休	休	○	休	休																																							
FOLFOX	○	休	○	休	○	休																																							
投与パターン	A	-	B	C	B	-																																							
■点滴内容： 内容詳細は2ページ目を参照 各投与日に応じた内容を確認すること A：HER＋FOLFOX B：FOLFOX C：HER単独 注意) 投与予定日より1週間を超えた後にトラスツズマブ投与する際は、改めて初回投与量(8mg/kg)投与すること。																																													
■内服（FOLFOX療法 施行時） デカドロン錠4mgは省略可能（症例に応じ追加;1回1錠 1日1回朝食後 2-3日目に内服）																																													
投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日																																													
併用薬の確認	併用禁忌： ティーエスワン(投与中止後は1週間以上経過していることを確認する) 併用注意 5-FU;フェイトイン血中濃度上昇の恐れあり(中毒症状の発現)、ワルファリンの作用増強の恐れ。																																												
B型肝炎check	HBs抗原（ ）⇒ HBc抗体（ ），HBs抗体（ ）⇒ HBV核酸定量 0.9L IU/ml（ ）																																												
重大な副作用	骨髄抑制、肝障害、腎障害、悪心、嘔吐、手足症候群、浮腫、過敏反応、Infusion Reaction 末梢神経障害、関節痛・筋肉痛、心障害、間質性肺炎、腫瘍崩壊症候群など																																												
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

投与計画 (2ページ 目)	A HER+FOLFOX療法		
	① 生理食塩液 100ml	本体ルート(トラスツスマブ)	
	② トラスツスマブ初回	_____ mg + 生食250ml	90分ペース
	2回目以降	_____ mg + 生食250ml	30分まで短縮可能(忍容性評価)
	③ パロ/セロン点滴静脈注バッグ0.75mg/50ml + アロカリス235mg 1V + デキサート1.65mg(3A)	[4.95mg]	
	120ml/hr 30分		
	④ 5%糖液 100ml	本体ルート(オキサリプラチン)	
	⑤ オキサリプラチン	_____ mg + 5%糖液250ml	レボホリナートと同時投与 125ml/hr(2hr)
	⑥ レボホリナート	_____ mg + 5%糖液250ml	オキサリプラチンと同時投与 125ml/hr(2hr)
	⑦ フルオロウラシル 急速	_____ mg + 5%糖液50ml	全開で
	⑧ フルオロウラシル 46hr持続	_____ mg + 生食 100 ml	(全量100mlとする) 46hrかけて
	B FOLFOX療法		
	① 5%糖液 100ml	本体ルート(オキサリプラチン)	
	② パロ/セロン点滴静脈注バッグ0.75mg/50ml + アロカリス235mg 1V + デキサート1.65mg(3A)	[4.95mg]	
	120ml/hr 30分		
	④ オキサリプラチン	_____ mg + 5%糖液250ml	レボホリナートと同時投与 125ml/hr(2hr)
	⑤ レボホリナート	_____ mg + 5%糖液250ml	オキサリプラチンと同時投与 125ml/hr(2hr)
	⑥ フルオロウラシル 急速	_____ mg + 5%糖液50ml	全開で
	⑦ フルオロウラシル46hr持続	_____ mg + 生食 100 ml	(全量100mlとする) 46hrかけて
	C HER単独		
	① 生理食塩液 100ml	本体ルート(トラスツスマブ)	
	② トラスツスマブ2回目以降	_____ mg + 生食250ml	30分まで短縮可能(忍容性評価)