

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						IRIS + Cetuximab				告知Grade		
------	---------	--	--	--	--	--	------------------	--	--	--	---------	--	--

身長		cm		体重		kg		体表面積				m ²	
血清クレアチニン				ml/dl		Cockcroft-Gault		GFR(糸球体濾過率)				性別無し ml/min	
												※女性は0.85を掛けています	

S-1 80 mg/body Day1~14
(BSA1.25m²未満 80mg/日 1.25~1.5m²未満 100mg/日 1.5m²以上 120mg/日)
アービタックス (初回 400mg/m²) (2回目以降 250mg/m²) Day1,8,15,22
イリノテカン mg(125mg/m²) Day1,15

Day1,8,15,22
① レスタミンコーワ錠 5T(50mg) アービタックス投与 30分前に
② デキサート(6.6mg) 1V + 生食100ml 200ml/hr
③ a) アービタックス mg(初回 400mg/m²) + 生食500ml 250ml/hr
b) 2回目以降 mg(2回目以降 250mg/m²) + 生食250ml 250ml/hr
④ 生食50ml アービタックスと同じ投与速度で(250ml/hr)
以下Day1,15
⑤ グラニセトロン3mg/バック 200ml/hr
⑥ イリノテカン mg + 5%糖液250ml 165ml/hr(90分かけて)
⑦ 生食50ml 165ml/hr

投与計画
処方薬
デカドロン4mg 2T 分2 朝屋内服 2日目から3日目まで内服
ヒルドイドフォーム 1缶 1日2回 患部に塗布 (アービタックスによる皮膚障害予防のため毎日塗布)
ミノサイクリン錠100mg 1日2回 朝・夕食後 1回1錠 (アービタックスによる皮膚障害予防)
注)6週間を目途に予防投与。その後は症状みて休薬もしくは間欠投与可。肝障害や眩暈に注意。
ロコイドクリーム0.1%(5g/本) 5本 1日2回 患部に塗布 <症状発現時に使用;顔> 強さ;midium
マイザー軟膏0.05%(5g/本) 10本 1日2回 患部に塗布 <症状発現時に使用;体> 強さ;very strong
デルモゾールローション0.12% 2本 1日2回 患部に塗布 <症状発現時に使用;頭> 強さ;strong

上記4週間1クールとする
S-1 <腎機能障害時の投与量変更例>

Ccr(ml/min)	≥80	60~80	30~60	<30
	減量なし	初回投与量 (必要に応じて 1段階減量)	1段階以上 の減量投与 から開始	投与不可

投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

併用薬の確認	S1: 併用禁忌 : 他のフッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍薬、フッ化ピリミジン系抗真菌薬 (投与歴ある場合、中止後1週間以上経過していることを確認) 併用注意 : フェイトン血中濃度上昇(フェイトン中毒の発現)、ワルファリンの作用増強(INR変動を確認すること)
--------	---

B型肝炎check	HBs抗原 () ⇒ HBc抗体 (), HBs抗体 () ⇒ HBV核酸定量 0.9LIU/ml ()
-----------	--

予測される副作用と 対処方針	悪心・嘔吐	制吐剤((5-HT3拮抗薬内服、プリンペラン、コンスタン、ドンペリドン)を使用し緩和する
	骨髄抑制	中止、減量、休薬をする。G-CSFの使用も考慮する
	下痢(早発)	予防投与としてイリノテカン投与前にブスコパン注10~20mg/回、症状に応じてイリノテカン投与中又は終了後に追加する。(禁忌:緑内障・前立腺肥大による排尿障害 等)
	下痢(遅発)	止瀉薬の使用検討。予防として半夏瀉心湯・排便コントロールや経口アルカリ化を行う
	口内炎	予防;アロプリナルG含嗽液 症状発現時、痛みを伴う場合はアズノールうがい液など。
備考	ざ瘡様皮疹	症状出現時、体幹:マイザー軟膏、顔:ロコイドクリーム、頭皮:デルモゾールローションを塗布 掻痒感が強いときにはフェキソフェナジン錠を検討
	電解質異常 心臓障害	血清Mg値など電解質の検査値に注意する。症状が重度のときは中止減量を考慮 症状が重度の時は本剤の休薬、中止も含めた適切な処置を行う。

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