

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	Lapatinib + Capecitabine療法(タイケルブ+ゼローダ)						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		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																									
	ゼローダ ※ mg/回 を 1日2回 14日間服用し、7日間休薬する。																									
	タイケルブ 1250 mg/回を 1日1回 食事の1時間以上前 又は 食後1時間以降に経口投与する。連日内服する。																									
※<ゼローダ投与量>1日2回投与																										
<table><tr><td>体表面積</td><td>1回用量</td><td>1日用量</td></tr><tr><td>1.36m²未満</td><td>1200mg(4錠)</td><td>2400mg(8錠)</td></tr><tr><td>1.36m²以上1.66m²未満</td><td>1500mg(5錠)</td><td>3000mg(10錠)</td></tr><tr><td>1.66m²以上1.96m²未満</td><td>1800mg(6錠)</td><td>3600mg(12錠)</td></tr><tr><td>1.96m²以上</td><td>2100mg(7錠)</td><td>4200mg(14錠)</td></tr></table>												体表面積	1回用量	1日用量	1.36m ² 未満	1200mg(4錠)	2400mg(8錠)	1.36m ² 以上1.66m ² 未満	1500mg(5錠)	3000mg(10錠)	1.66m ² 以上1.96m ² 未満	1800mg(6錠)	3600mg(12錠)	1.96m ² 以上	2100mg(7錠)	4200mg(14錠)
体表面積	1回用量	1日用量																								
1.36m ² 未満	1200mg(4錠)	2400mg(8錠)																								
1.36m ² 以上1.66m ² 未満	1500mg(5錠)	3000mg(10錠)																								
1.66m ² 以上1.96m ² 未満	1800mg(6錠)	3600mg(12錠)																								
1.96m ² 以上	2100mg(7錠)	4200mg(14錠)																								
投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日																										
併用薬の確認	ゼローダ; 併用禁忌 テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤(ティーエスワン) →相互作用; CYP2C9で代謝を受ける薬剤と併用する場合に併用薬剤の血中濃度が上昇する恐れがある。 タイケルブ; 相互作用 CYP3Aにより代謝される。また、P-糖蛋白質及びBCRPの基質である。 ※併用注意する薬剤については、各々の添付文書を参照すること。																									
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	手足症候群、皮膚症状、下痢、肝障害、心不全、間質性肺炎など																									
備考	タイケルブ; 食後に本剤を投与した場合、Cmax及びAUCが上昇するとの報告がある。 1日2回に分割投与した場合、AUCが上昇するとの報告があるので、分割投与しないこと。																									
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