

治療審査委員会申請書類

患者ID : 0

患者氏名	0	生年月日		年齢	0	性別	0
診療科	0	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	Panitumumab 単独	告知Grade	
------	---------	----------------	---------	--

投与計画	身長	0	cm	体重	0	kg	体表面積	0	m ²
	Day1								
	① ベクティビックス 0 mg (6mg/kg) + 生食100ml 100ml/hr								
	② 生食50ml 100ml/hr								
	インターバル2週								
	外用薬								
	ヒルドイドフォーム 1缶 1日2回 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 皮膚障害予防								
	注)6週を目途に予防投与。その後は症状に応じ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 <<症状発現時に使用;顔>>								
マイザー軟膏0.05% (5g/本) 10本 1日2回 <<症状発現時に使用;体>>									
ベタメタゾン吉草酸エステルローション0.12% 2本 1日2回 症状発現時に使用;頭>>									
<減量基準>									
重度(Grade3以上)の皮膚障害発現時の用量調節の目安									
皮膚障害発生時の投与量		投与	投与延期後の状態			用量調節			
6mg/kg		投与延期	6週間以内にGrade2以下に回復			6mg/kgまたは4.8mg/kg			
4.8mg/kg		投与延期	6週間以内にGrade2以下に回復			3.6mg/kg			
3.6mg/kg		投与中止							
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 ()
-----------	---

予測される副作用と対処方針	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:ベタメタゾン吉草酸エステルローションを塗布 掻痒感あればフェキソフェナジン錠を検討
	電解質異常	低Mg血症など電解質異常に注意
	下痢	止瀉薬の使用検討。
	心機能障害	休薬、中止も含めた適切な処置を行う。

備考	0.2 μ mのインラインフィルターを使用
----	-----------------------

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