

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          | <input type="checkbox"/>   | 階病棟   | <input type="checkbox"/> | 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                                                                                                                                           | S-1単独療法(4週投与2週休薬)    |             |                            |       |                          |                 |       |             | 告知Grade |                    |  |
| 投与計画                                                                       | 身長                                                                                                                                                |                      | cm          |                            | 体重    |                          | kg              |       | 体表面積        |         | m <sup>2</sup>     |  |
|                                                                            | 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 Day1~28                                                                                                       |                      |             |                            |       |                          |                 |       |             |         |                    |  |
|                                                                            | (BSA1.25m <sup>2</sup> 未満 80mg/日    1.25~1.5m <sup>2</sup> 未満 100mg/日    1.5m <sup>2</sup> 以上 120mg/日)                                            |                      |             |                            |       |                          |                 |       |             |         |                    |  |
|                                                                            | 4週間内服、2週間休薬を1クールとし、PDまで行う。                                                                                                                        |                      |             |                            |       |                          |                 |       |             |         |                    |  |
|                                                                            | ＜減量・増量の目安＞                                                                                                                                        |                      |             |                            |       |                          |                 |       |             |         |                    |  |
|                                                                            | S-1初回規準量                                                                                                                                          |                      | 減量          |                            |       |                          | 増量              |       |             |         |                    |  |
|                                                                            | 40mg/回                                                                                                                                            |                      | 休薬          |                            |       |                          | 50mg/回          |       |             |         |                    |  |
|                                                                            | 50mg/回                                                                                                                                            |                      | 40mg/回 → 休薬 |                            |       |                          | 60mg/回          |       |             |         |                    |  |
| 60mg/回                                                                     |                                                                                                                                                   | 50mg/回 → 40mg/回 → 休薬 |             |                            |       | 75mg/回                   |                 |       |             |         |                    |  |
| ※増量は1段階まで                                                                  |                                                                                                                                                   |                      |             |                            |       |                          |                 |       |             |         |                    |  |
| ＜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<br>(必要に応じて<br>1段階減量) |       | 1段階以上の減量投与<br>から開始       |                 | 投与不可  |             |         |                    |  |
| 投与開始日                      年                      月                      日 |                                                                                                                                                   |                      |             |                            |       |                          |                 |       |             |         |                    |  |
| 併用薬の確認                                                                     | 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<br>(投与されていないこと。及び投与中止後1週間以上経過していることを確認する)<br>併用注意：フェニトインの血中濃度上昇の恐れあり(中毒症状の発現)、<br>ワルファリンの作用増強させることがある凝固能変動注意 |                      |             |                            |       |                          |                 |       |             |         |                    |  |
| 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                                                              | 食欲不振、下痢、皮膚色素沈着<br>血液検査では好中球減少、腎機能障害<br>重篤な有害事象出現した際は、減量、中止とする                                                                                     |                      |             |                            |       |                          |                 |       |             |         |                    |  |
| 備考                                                                         | 注入ポンプ点<br>滴回路、フィル<br>ター指定等                                                                                                                        |                      |             |                            |       |                          |                 |       |             |         |                    |  |
| 採否                                                                         | <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 再検討 <input type="checkbox"/> 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