

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		S1単独療法							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		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													
	適応 ○ 手術不能 又は 再発乳癌 投与期間 ; 病勢進行まで													
	○ ホルモン受容体陽性 かつ HER2陰性 で再発高リスク乳癌の術後補助療法 投与期間 ; 最長1年間													
	エスワン		80		mg/日		1日2回		朝食後・夕食後		体表面積		初回量	
											1.25m ² 未満		40mg/回	
											1.25m ² 以上1.5m ² 未満		50mg/回	
											1.5m ² 以上		60mg/回	
	手術不能・再発の場合 …28日間投与し、14日間休薬する。 術後補助療法の場合 …14日間投与し、7日間休薬する。													
＜減量・増量の目安＞														
		初回基準量		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								
※術後補助療法の場合は、初回基準量を超える増量を行わないこと。														
＜クレアチニンクリアランスによる調節＞														
		Ccr(mL/min)		投与開始量										
		80以上		初回基準量										
		60以上～80未満		初回基準量(必要に応じて1段階減量)										
		30以上～60未満		原則として1段階以上の減量(30～40未満は2段階減量が望ましい)										
※30mL/min未満は投与できません。														
				投与開始日				年		月		日		
				術後補助療法の場合		終了予定				年		月		
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剤(フルシトシン) 併用注意 : フェニトインの血中濃度上昇(フェニトイン中毒)、 ワルファリン(作用増強による凝固能の変動に注意)													
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	骨髄抑制、溶血性貧血、DIC(0.4%)、劇症肝炎等の重篤な肝障害、脱水、重篤な腸炎(0.5%)、 間質性肺炎(0.3%)、心筋梗塞・狭心症・不整脈・心不全、重篤な口内炎、消化管潰瘍(0.5%)、 急性腎障害・ネフローゼ症候群、中毒性表皮壊死融解症、白質脳症等を含む精神神経障害、急性膵炎、 横紋筋融解症、臭覚障害(0.1%)、涙道障害、色素沈着、手足症候群、爪の異常 など													
備考	治療上やむを得ず休薬期間を短縮する必要がある場合には、安全性に問題がないことを確認した上で実施すること。但し、その場合でも少なくとも7日間の休薬を設けること。													
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