

治療審査委員会申請書類

患者ID : 0

患者氏名	0	生年月日	明治33年1月0日	年齢	0	性別	0
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	UFT単独療法(ユーエフティー)				告知Grade	
投与計画	身長 0 cm 体重 0 kg 体表面積 0 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						
	ユーエフティー 300~600 mg						
	ユーエフティー ※ mg を、1日2~3回に分けて、						
以上を連日経口投与し、1~2年間内服。							
経口剤であるため、内服アドヒアランスを十分確認する。(積極的な治療参加)							
厳守不履行の場合は点滴治療への変更も検討する。							
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薬剤との併用(投与中止後1週間以上経過していることを確認する)						
B型肝炎check	HBs抗原()⇒HBc抗体(), HBs抗体()⇒HBV核酸定量 0.9IU/ml ()						
予測される副作用と処方針	食欲不振、嘔気など、その他皮膚色素沈着などの症状。 採血上は肝障害、好中球減少。 補助化学療法であるので、Grade2以上の副作用出現時は中止とする。						
備考	注入ポンプ点滴回路、フィルター指定等						
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