Cancer Treatment Committee
Application Form

No.

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	Weekly アブラキサン療法 （ﾊﾟｸﾘﾀｷｾﾙ・ｱﾙﾌﾞﾐﾝ懸濁型）		告知Grade	

身　長　　cm　　体　重　　kg　　体表面積　　㎡

投与計画

Day1

① 生食50ml ＋ デキサート6.6mg 1A　100ml/h

② アブラキサン ＿＿ mg （100mg/㎡） ＋ 生食100ml　160ml/hr（30分かけて）

※ 1Vあたり生食20mlで溶解し溶解後は希釈しない ＿＿ ml

③ 生食50ml　全開で投与

週1回投与を3週連続し、これを1コースとして、投与を繰り返す。

中止基準： 好中球＜1,500/μL 、血小板＜10万/μL

減量基準： 好中球が7日以上にわたって500/μL未満となった場合。血小板が5万/μL未満となった場合。発熱性好中球減少症となった場合。高度な抹消神経障害（grade3）が発現した場合には、軽快または回復（grade1以下）。するまで延期し、次回投与量を減量する。

減量目安： 1段階減量 75mg/㎡　2段階減量 50mg/㎡

※特定生物由来製品（製造ロット番号の記録）

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	悪心・嘔吐　制吐剤((5-HT3拮抗薬内服、プリンペラン、コンスタン、ドンペリドン)を使用し緩和する 骨髄抑制　中止、減量、休薬をする。G-CSFの使用も考慮する 末梢神経障害　牛車腎気丸、ビタミンB12などの投与を考慮する 筋肉痛・関節痛　症状出現時はNSAIDs、芍薬甘草湯などで対応する。必要であれば予防投与も検討する
備考 注入ポンプ点滴回路、フィルター指定等	フィルター付ルートは使用しない（懸濁液）
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