

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	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	XELOX				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 推算Ccr	性別無し ml/min				
								※女性には0.85を掛けています	
	☐ 補助療法	半年間(8コース)施行							
	☐ 進行・再発	病勢進行まで施行							
	ゼローダ	2400	mg/日 (1日2回 1回 4錠)	Day1夕食後～15朝食後まで					
	オキサリプラチン	0	mg (標準量:130mg/m ²)	Day1					
	インターバル	3週							
	Day1								
	①	パロ/セロン点滴静注バッグ0.75mg/50ml +アロカリス235mg 1V +デキサート1.65mg<3A>[4.95mg] 120ml/hr 30分かけて投与							
②	5%糖液100ml 本体ルート								
③	オキサリプラチン 0 mg + 5%糖液500ml + デキサート1.65mg 1A 250ml/hr								
内服薬									
ゼローダ300mg 8錠 1日2回 朝夕食後 4錠/回 Day1夕食後～15朝食後まで									
ヒルドイドフォーム0.3% 1缶 1日数回 手足に塗布 手足症候群の予防									
デカドロン錠4mgは省略(症例に応じ追加;1回1錠 1日1回朝食後 2-3日目に内服)									
				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：ティーエスワン (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)								
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、手足症候群、過敏症、ショック・アナフィラキシー、末梢神経障害、急性腎障害、肝機能障害 味覚障害、間質性肺炎、下痢、重篤な腸炎、食欲不振、悪心嘔吐、口内炎、しゃっくり、倦怠感など								
備考									
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