

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	XELOX+Bevacizumab								告知Grade		
投与計画	身長		cm		体重		kg		体表面積		m ²	
	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 _____ mg (標準量:130mg/m ²) Day1											
	ペバシズマブ _____ mg (標準量:7.5mg/kg) Day1											
	インターバル3週											
投与計画	Day1											
	① パロ/セロン点滴静注バッグ0.75mg/50ml + アロカリス235mg 1V + テキサート1.65mg<3A> [4.95mg] 120ml/hr 30分かけて投与											
	② 生食100ml メイン用本体(ペバシズマブ) 残破棄											
	③ ペバシズマブ _____ mg + 生食100ml 初回90分、2回目60分、3回目以降30分まで短縮可(忍容性確認)											
	④ 5%糖液100ml メイン用本体(オキサリプラチン) 残破棄											
投与計画	⑤ オキサリプラチン _____ mg + 5%糖液500ml + テキサート1.65mg 1A 250ml/hr											
	処方											
	ゼローダ300mg 8錠/日 1日2回 朝夕食後 14日分(Day1夕食後～Day15朝食後)											
	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)											
投与計画	投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日											
	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 0.9LIU/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、Infusion Reaction、末梢神経障害、急性腎障害 肝機能障害、血栓塞栓症、白質脳症、難聴、耳鳴り、味覚障害、間質性肺炎、重篤な腸炎、下痢、口内炎 脱水、心障害、高血圧、蛋白尿、創傷治癒遅延など										
	備考	オキサリプラチンの血管痛対策;刺入部位を保温し血流促進を図る										
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