

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		mFOLFOX6							告知Grade			
投与計画	身長		cm		体重		kg		体表面積		m ²		
	☐ 補助療法 治療期間 半年間(12回)												
	☐ 進行・再発 病勢進行まで継続												
	Day1												
	① 5%糖液100ml 本体ルート												
	② パロ/セロン点滴静注バッグ0.75mg/50ml + アロリス235mg 1V + デキサート1.65mg<3A> [4.95mg] 120ml/hr 30分かけて投与												
	③ オキサリプラチン _____ mg (標準量85mg/m ²) + 5%糖液250ml 125ml/hr												
	④ レボホリナート _____ mg (標準量200mg/m ²) + 5%糖液250ml ②と同時に 125ml/hr												
	⑤ フルオウラシル _____ mg (標準量400mg/m ²) + 5%糖液50ml 全開で												
	⑥ フルオウラシル _____ mg (標準量2400mg/m ²) + 生食 100 ml (全量100ml) 46hrかけて インターバル2週												
内服薬 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⇒終了予定日 _____ 年 _____ 月													
併用薬の確認	併用禁忌 : ティーエスワン 併用注意 : フルオウラシル は フェニトインの血中濃度上昇の恐れあり(中毒症状の発現)、 ワルファリンの作用増強させることがある凝固能変動注意												
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	悪心・嘔吐、末梢神経障害、ショック・アナフィラキシー、白質脳症、高アンモニア血症 骨髄抑制、薬剤誘発性血小板減少症、溶血性貧血、視野欠損、視力低下、血栓塞栓症、心室性不整脈 間質性肺炎、急性腎障害、肝機能障害、電解質異常など												
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