

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 | <input type="checkbox"/> | 階病棟 | <input type="checkbox"/> | 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+Bevacizumab |    |                          |     |                          |    |       |      | 告知Grade |                    |  |
| 投与計画                                                 | 身長                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      | cm |                          | 体重  |                          | kg |       | 体表面積 |         | m <sup>2</sup>     |  |
|                                                      | <div>ベバシズマブ _____ mg (標準量 5mg/kg) d1<br/>オキサリプラチン _____ mg (標準量 85mg/m<sup>2</sup>) d1<br/>レボホリナート _____ mg (標準量 200mg/m<sup>2</sup>) d1<br/>フルオロウラシル急速 _____ mg (標準量 400mg/m<sup>2</sup>) d1<br/>フルオロウラシル持続 _____ mg (標準量 2400mg/m<sup>2</sup>) d1 46時間 持続投与<br/>インターバル2週</div> |                      |    |                          |     |                          |    |       |      |         |                    |  |
|                                                      | Day1                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |    |                          |     |                          |    |       |      |         |                    |  |
|                                                      | ① 生食100ml          メイン用本体(ベバシズマブ)                                                                                                                                                                                                                                                |                      |    |                          |     |                          |    |       |      |         |                    |  |
|                                                      | ② パロ/セトン点滴静注バッグ0.75mg/50ml + アロカリス235mg 1V + デキサート1.65mg<3A> [4.95mg]<br>120ml/hr 30分かけて投与                                                                                                                                                                                       |                      |    |                          |     |                          |    |       |      |         |                    |  |
|                                                      | ③ ベバシズマブ _____ mg + 生食100ml<br>初回90分、2回目60分、3回目以降30分で投与 (忍容性確認)                                                                                                                                                                                                                  |                      |    |                          |     |                          |    |       |      |         |                    |  |
|                                                      | ④ 5%糖液100ml          メイン用本体(オキサリプラチン)                                                                                                                                                                                                                                            |                      |    |                          |     |                          |    |       |      |         |                    |  |
|                                                      | ⑤ オキサリプラチン _____ mg + 5%糖液250ml          125ml/hr                                                                                                                                                                                                                                |                      |    |                          |     |                          |    |       |      |         |                    |  |
|                                                      | ⑥ レボホリナート _____ mg + 5%糖液250ml          ⑤と同時に 125ml/hr                                                                                                                                                                                                                           |                      |    |                          |     |                          |    |       |      |         |                    |  |
|                                                      | ⑦ フルオロウラシル _____ mg + 5%糖液50ml          全開で                                                                                                                                                                                                                                      |                      |    |                          |     |                          |    |       |      |         |                    |  |
| ⑧ フルオロウラシル _____ mg + 生食 100 ml (全量100mlとする) 46hrかけて |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |    |                          |     |                          |    |       |      |         |                    |  |
| 内服;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                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |    |                          |     |                          |    |       |      |         |                    |  |
| 併用薬の確認                                               | 併用禁忌 : ティーエスワン<br>併用注意 : フェニトイン(血中濃度上昇)、<br>ワルファリン(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                                             | 骨髄抑制、末梢神経障害、悪心嘔吐、下痢、口内炎、過敏症、ショック・アナフィラキシー、Infusion Reaction<br>腎障害、肝障害、血栓塞栓症、白質脳症、味覚障害、間質性肺炎、高血圧、蛋白尿、創傷治癒遅延など                                                                                                                                                                    |                      |    |                          |     |                          |    |       |      |         |                    |  |
| 備考                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |    |                          |     |                          |    |       |      |         |                    |  |
| 採否                                                   | <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 再検討 <input type="checkbox"/> 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