

治療審査委員会申請書類

患者ID : 0

患者氏名	0	生年月日		年齢	0	性別	0
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+Cetuximab	告知Grade	
------	---------	--------------------	---------	--

	身長	0	cm	体重	0	kg	体表面積	0	m ²
--	----	---	----	----	---	----	------	---	----------------

Day1
① レスタミンコーワ錠 5T(50mg) アービタックス投与 30分前に ②と同時に
② デキサート(6.6mg) 1.5V + 生食100ml 200ml/hr(終了後生食フラッシュ)
③ アービタックス 初回 0 mg (400mg/m²) + 生食500ml 250ml/hr
2回目以降 0 mg (250mg/m²) + 生食250ml 250ml/hr
④ 生食50ml アービタックスと同じ投与速度で(250ml/hr)
⑤ グラニセトロン3mgバック 200ml/hr
⑥ オキサリプラチン 0 mg (85mg/m²) + 5%糖液 250ml 125ml/hr
⑦ レボホリナート 0 mg (200mg/m²) + 5%糖液 250ml ⑥と同時に 125ml/hr
⑧ 5-FU 0 mg (400mg/m²) + 5%糖液 50ml 全開で [フルオウラシル]
⑨ 5-FU 0 mg (2400mg/m²) + 生食 100 ml (全量100mlとする) 46hrかけて
処方薬 [フルオウラシル]

デカドロン4mg 2T 分2 朝昼内服 2日目から3日目まで内服
ヒルドイドフォーム 1缶 1日2回 患部に塗布 (アービタックスによる皮膚障害予防のため毎日塗布)
ミノサイクリン錠100mg 1日2回 朝・夕食後 1回1錠 (アービタックスによる皮膚障害予防)
注)6週間を目途に予防投与。その後は症状みて休薬もしくは間欠投与可。肝障害や眩暈に注意。
ロコイドクリーム0.1%(5g/本) 5本 1日2回 患部に塗布 <<症状発現時に使用;顔>> 強さ;midium
マイザー軟膏0.05%(5g/本) 10本 1日2回 患部に塗布 <<症状発現時に使用;体>> 強さ;very strong
デルモゾールローション0.12% 2本 1日2回 患部に塗布 <<症状発現時に使用;頭>> 強さ;strong

Day8
① レスタミンコーワ錠 5T(50mg) アービタックス投与 30分前に
② アービタックス 0 mg (250mg/m²) + 生食250ml 250ml/hr
③ 生食50ml アービタックスと同じ投与速度で(250ml/hr)

上記2週間1クールとする

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 併用注意 : フェニトイン(フェニトインの血中濃度上昇)、ワルファリン(作用増強によるINR上昇)
--------	---

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	infusion reaction	Grade1~2:投与速度の減速、症状に応じNSAIDs、ステロイド投与など適切な処置を行なう Grade3以上:中止。症状に応じエピネフリン、ステロイドの投与や酸素吸入など適切な処置を行う
	皮膚症状	80%以上の患者に皮膚症状が現れる。 Grade3は減量、休薬を考慮する
	電解質異常	血清Mg値を初めとした電解質の検査値に注意する。症状が重度のときは中止減量を考慮
	悪心・嘔吐	制吐剤((5-HT3拮抗薬、ドンペリドン、ジプレキサ等)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	中止、減量、休薬を考慮する。また対処薬として牛車腎気丸、ビタミンB12などの使用を検討
	下痢	症状出現時、止瀉薬の投与、補液など適切な処置を行う。
	心臓障害	症状が重度のときは、休薬、中止も含めた適切な処置を行う

備考	持続フルオウラシルはインフューザーポンプSV2.5を使用
----	------------------------------

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