

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                   | <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+Panitumumab |                                                          |       |   | 告知Grade            |      |   |                |
| 投与計画                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 身長                                                                                        | 0                    | cm                                                       | 体重    | 0 | kg                 | 体表面積 | 0 | m <sup>2</sup> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Day1                                                                                      |                      |                                                          |       |   |                    |      |   |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ① 生食100ml 本体ルート                                                                           |                      |                                                          |       |   |                    |      |   |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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 生食50ml フライミング・ルートフラッシュ用                                                                 |                      |                                                          |       |   |                    |      |   |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ④ ベクティビックス 0 mg (6mg/kg) + 生食100ml 100ml/hr ※フィルター使用                                      |                      |                                                          |       |   |                    |      |   |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ⑤ 5%糖液100ml 本体ルート(オキサリプラチン)                                                               |                      |                                                          |       |   |                    |      |   |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ⑥ オキサリプラチン 0 mg (85mg/m <sup>2</sup> ) + 5%糖液250ml 125ml/hr                               |                      |                                                          |       |   |                    |      |   |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ⑦ レボホリナート 0 mg (200mg/m <sup>2</sup> ) + 5%糖液250ml ⑥と同時に 125ml/hr                         |                      |                                                          |       |   |                    |      |   |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ⑧ フルオウラシル 0 mg (400mg/m <sup>2</sup> ) + 5%糖液50ml 全開で                                     |                      |                                                          |       |   |                    |      |   |                |
| ⑨ フルオウラシル 0 mg(2400mg/m <sup>2</sup> ) + 生食 100 ml (全量100mlとする) 46hrかけて<br>インターバル2週                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                           |                      |                                                          |       |   |                    |      |   |                |
| 処方薬<br>ヒルドイドフォーム 1缶 1日2回 患部に塗布 (ベクティビックスによる皮膚障害予防のため毎日塗布)<br>ミノサイクリン錠100mg 1日2回 朝・夕食後 1回1錠 (ベクティビックスによる皮膚障害予防)<br>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。<br>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>><br>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>><br>ベタメタゾン吉草酸エステルローション 2本 1日2回 患部に塗布 <<症状発現時に使用;頭>><br>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(フェニトインの血中濃度上昇)、<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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 悪心・嘔吐、下痢、電解質異常、骨髄抑制、末梢神経障害、アナフィラキシーショック、ざ瘡様皮疹<br>重度の皮膚障害、間質性肺炎、流涙、口内炎、味覚異常、爪の障害、疲労など      |                      |                                                          |       |   |                    |      |   |                |
| 備考                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ベクティビックス;0.2ミクロンのインラインフィルターを使用                                                            |                      |                                                          |       |   |                    |      |   |                |
| 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