

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	trastuzumab 単独療法(3週毎投与)								告知Grade		
☐ 補助療法	身長		cm	体重		kg	体表面積		m ²			
☐ 進行・再発												
投与計画	① 生食100ml 本体ルート											
	② ハーセプチン 初回 mg (8mg/kg) + 生食250ml 160ml/hr											
	2回目以降 mg (6mg/kg) + 生食250ml 250ml/hr (30分まで短縮可)											
インターバル3週												
※infusion reactionは投与中および投与後24時間以内に多く現れ、主に初回投与時に現れやすい。 したがって、初回投与時は、90分以上かけて投与し、十分に観察する必要がある。												
投与開始日 年 月 日												
併用薬の確認												
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 症状出現時投与の減速、中止、抗ヒスタミン薬、解熱鎮痛薬の投与を検討 心毒性 投与中は心機能検査を適宜行い観察する。											
備考 注入ポンプ点 滴回路、フィル ター指定等												
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