

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		アテゾリズマブ療法(テセントリク)							告知Grade				
投与計画	身長		cm		体重		kg		体表面積				m ²	
	血清クレアチニン				ml/dl		Cockcroft-Gault		性別無し ml/min					
	※女性は0.85を掛けています													
	☐ 化学療法未治療のPD-L1陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌													
	☐ 化学療法既治療の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌													
☐ PD-L1陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法（最長12カ月）														
テセントリク（アテゾリズマブ） <u>1200</u> mg d1 インターバル3週														
① 生食100ml 本体ルート(終了時に残廃棄)														
② テセントリク <u>1200</u> mg + 生食250ml 初回 250ml/hr(60分) 側管														
忍容性良好であれば2回目以降 30分まで短縮可														
インターバル3週														
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 0.9IU/ml ()													
特に注意を要する副作用	・間質性肺疾患(胸部X線検査実施等) ・大腸炎、重度の下痢 ・下垂体機能障害 ・甲状腺機能障害(定期的TSH,FT3,FT4等測定) ・腎障害 ・脳炎、髄膜炎 ・脾炎 ・1型糖尿病(口渇,悪心,嘔吐,血糖上昇) ・肝機能障害、肝炎 ・神経障害(運動・感覚まひ,痺れ,痛み) ・副腎障害(怠い,意識がうすれる,判断力低下等) ・重症筋無力症、心筋炎、筋炎、横紋筋融解症 ・重度の皮膚障害 ・infusion reaction													
備考	インラインフィルター(0.2又は0.22μm)を使用すること													
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