

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 維持療法 アテゾリズマブ <u>1200 mg/body</u> 、day1 インターバル3週 Day1 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 mg</u> + 生食250ml 初回 250ml/hr(60分) 忍容性良好であれば2回目以降 30分まで短縮可											
	※導入療法(テセントリク+カルボプラチン+エトポシド)4コース終了後の維持療法です 画像所見上の病勢進行の持続、臨床的有益性の損失、症状悪化または許容できない毒性が 確認されるまで継続。											
	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 ()											

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	・膵炎 ・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