

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	アブラキサン療法（ハ®クリタキセル・アルブ®ミン懸濁型）								告知Grade				
投与計画	身長		cm		体重		kg		体表面積				m²	
	アブラキサン _____ mg （260mg/m²） day1 インターバル3週													
	Day1													
	① 生食50ml + デキサート注6.6mg 1V 100ml/hr ② 生食100ml 本体ルートに使用 ③ アブラキサン _____ mg （260mg/m²） + 生食 _____ ml 30分けて投与													
	中止基準：好中球<1500/μL、血小板<10万/μL 減量基準：好中球が7日以上にわたって500/μL未満 血小板が5万/μL未満 発熱性好中球減少症 高度な末梢神経障害(grade3) 以上の場合には、軽快または回復(Grade1以下)するまで延期し、次回投与量を減量する。 減量目安： 1段階減量 220mg/m² 2段階減量 180mg/m²													
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 0.9LIU/ml （ ）													
予測される副作用	骨髄抑制、肝障害、腎障害、悪心、嘔吐、脱毛、過敏反応 末梢神経障害、関節痛・筋肉痛など													
備考	※特定生物由来製品（製造ロット番号の記録）													
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