

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		イマチニブ単独療法(グリヘック)							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		GFR(糸球体濾過率)		性別無し ml/min	
	※女性には0.85を掛けています											
	○ イマチニブ(グリヘック) <u>400mg</u> 1日1回 経口 連日投与											
併用薬の確認	CYP3A4誘導薬(リファンピソン、フェノバルビタール、フェニトイン、カルバマセピン、デキサメタゾン、セイヨウオトギリソウ等) →イマチニブの血中濃度を低下させる可能性がある 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 ()											
予測される副作用と対処方針	白血球減少 貧血 血小板減少 皮疹・皮膚炎 浮腫											
備考	消化管刺激作用:食後に多めの水で服用											
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