

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		イミフィンジ+イジユド併用療法								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												
	適応：切除不能な肝細胞癌												
	デュルバルマブ(イミフィンジ点滴静注120mg・500mg) _____ mg/回 4週間毎に繰り返す												
	体重30kg以下の場合は20mg/kgとする⇒ _____ mg/回												
	トレメリムマブ(イジユド点滴静注25mg・300mg) _____ mg/回 初回1回のみ投与												
	体重30kg以下の場合は4mg/kgとする⇒ _____ mg/回												
	■初回導入時												
	① 生理食塩液100ml 本体ルートに使用												
② イジユド _____ mg + 生理食塩液100ml 60分かけて点滴 側管①より投与 0.2μmフィルター使用													
③ 生理食塩液50ml プライミング・ルートフラッシュに使用													
④ イミフィンジ _____ mg + 生理食塩液100ml 60分かけて点滴 側管②より投与 0.2μmフィルター使用													
■2回目以降：イミフィンジ単剤療法													
① 生理食塩液100ml 本体ルートに使用													
② イミフィンジ _____ mg + 生理食塩液100ml 60分かけて点滴 側管①より投与 0.2μmフィルター使用													
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 ()												
重大な副作用	・間質性肺疾患 ・infusion reaction ・免疫性血小板減少性紫斑病 ・1型糖尿病 ・腎障害(間質性腎炎等) ・神経障害(ギラン・バレー症候群を含む) ・大腸炎、重度の下痢 ・肝機能障害、肝炎 ・重症筋無力症、心筋炎、筋炎、横紋筋融解症 ・甲状腺機能障害、副腎機能障害、下垂体機能障害 ・重度の皮膚障害												
備考	イミフィンジ・イジユド・・・インラインフィルター(0.2又は0.22μm)を使用すること 組織侵襲に基づく分類 イミフィンジ(非壊死性)、イジユド(非壊死性)												
採否	☐ 承認 ☐ 再検討 ☐ 不許可												

担当委員署名 _____