

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		エトポシド内服療法(2週間投与2週間休薬)							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												
	エトポシド 50 mg (50mg/body) Day1～14												
	商品名 : ベブシド・ラステット(25mg/Cap、50mg/Cap)												
	2週間内服、2週間休薬を1クールとし、PDまで行う。												
	＜腎機能障害時の投与量変更例＞												
	Ccr(ml/min)		>50		10～50		<10						
			減量なし		25%減量		50%減量						
	＜肝機能障害時の投与量変更例＞												
AST		T-Bil				投与量							
60 ～ 80 IU/L		または		1.5 ～ 3.0 mg/dL		50%減量							
180 IU/L 以上		または		3.0 mg/dL 以上		中止							
投与開始日 年 月 日													
併用薬の確認	併用注意 : 抗悪性腫瘍剤、放射線照射 骨髄抑制等を増強することがあるので、併用療法を行う場合には、患者の状態を観察しながら、 減量するなど用量に注意する												
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	骨髄抑制、腎機能障害、肝機能障害 食欲不振、吐気、嘔吐、口内炎、下痢、皮膚色素沈着 重篤な有害事象出現した際は、減量、中止とする												
備考	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