

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		エベロリムス療法(アフィニール) 手術不能又は再発乳癌							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		
	※女性は0.85を掛けています												
	○ エベロリムス(アフィニール) <u>10</u> mg 1日1回内服 連日投与												
	[2.5mg/5mg]												
	※内分泌療法剤との併用において、通常、成人はエベロリムスとして1日1回10mgを経口服用する。なお、患者の状態により適宜減量する。												
	間質性肺炎疾患に対する減量、休薬及び中止基準												
	グレード(症状)		投与の可否等										
	グレード1(無症候性の画像所見)		継続可能										
	グレード2(症候性:日常生活に支障なし)		症状が改善するまで休薬すること。投与を再開する場合は、半量の投与とする。										
グレード3(症候性:日常生活に支障あり、酸素療法を要する)		投与を中止し、原則として再開しないこと。ただし、症状が改善し、かつ治療上の有益性が危険性を上回ると判断された場合のみ、半量の投与で再開可能とする。											
グレード4(症候性:生命を脅かす:人工呼吸を要する)		投与中止											
投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日													
併用薬の確認	併用注意: ○併用により血中濃度が低下することがある。 (リファンピシン,抗てんかん剤[フェノバルビタール,フェニトイン,カルバマセピン等],セイヨウオトギリソウ[St. John's Wort等]) ○併用により血中濃度が上昇することがある。 アゾール系抗真菌菌剤[イトラコナゾール,ホトリコナゾール,フルコナゾール] マクロライド系抗生物質、カルシウム拮抗剤、HIVプロテアーゼ阻害剤、グレープフルーツジュース												
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	急性肺障害、間質性肺炎 ★投与開始初期に発生し致命的な転機をたどる例が多い 胸部X線検査等を行うなど観察を十分に行う。患者には初期症状(風邪のような症状:発熱、息切れ、咳)を伝え、早期の医療機関への受診について指導する。 感染症、腎不全、高血糖(糖尿病の発症又は増悪) 口内炎: 患者・保護者に口内炎がおきる可能性がある点を説明し、毎日口腔内を観察し異常があった場合は主治医や看護師、薬剤師に伝えるよう指導する。												
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