

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	エリブリン単独療法(ハラヴェン)						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										
	ハラヴェン				mg (1.4mg/m ²)		day1,8				
	インターバル3週										
	Day1, 8										
	① 生食100ml + デキサート6.6mg 1V 200ml/hr										
	② 生食100ml 本体ルート										
	③ ハラヴェン				mg (1.4mg/m ²)		+ 生食50ml		2～5分かけて		
	<投与開始基準> 下記の基準を満たさない場合、投与延期する。 ・ 好中球数：1,000/mm ³ 以下 ・ 血小板数：75,000/mm ³ 以下 ・ 非血液毒性：Grade 2 以下					<減量基準> 前クールにおいて以下の副作用が出現した場合 ・ 7日間を超えて継続する好中球数減少(500/mm ³ 未満) ・ 発熱又は感染を伴う好中球数減少(1,000/mm ³ 未満) ・ 血小板数減少(25,000/mm ³ 未満)					
[減量の目安]					[肝機能低下症例に対する減量の目安]						
減量段階		投与量		Chiid-Pugh 分類		投与量					
通常投与量		1.4mg/m ²		Class A		1.1mg/m ²					
1段階減量		1.1mg/m ²		Class B		0.7mg/m ²					
2段階減量		0.7mg/m ²		Class C		使用経験なし					
[腎機能低下症例に対する減量の目安]											
Ccr (ml/min)		> 50		30～50		< 30					
		1.4mg/m ²		1.1mg/m ²		使用経験なし					
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 ()										
予測される副作用	骨髄抑制、肝障害、腎障害、便秘、口内炎、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	好中球減少等でday8中止など耐容に問題ある場合、隔週投与法も選択可能。										
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