

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		エルロチニブ単独療法(連日投与)							告知Grade		
投与計画	身長		cm		体重		kg		体表面積		m ²	
	エルロチニブ(タルセバ) <u>150mg</u> 1日1回内服 連日投与											
	※食事1時間以上前又は食後2時間以降内服											
投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日												
併用薬の確認	併用注意 : プロトンポンプ阻害薬(オメプラゾールでAUCが46%減少した報告あり) : アゾール系抗真菌薬、マクロライド系抗生物質等CYP3A4を阻害する薬剤で血中濃度上昇報告あり : フェニトインの血中濃度上昇の恐れあり(中毒症状の発現)、 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 0.9IU/ml ()											
予測される副作用と対処方針	急性肺障害、間質性肺炎 発疹、にきび様皮疹が強く現れることが多いので、あらかじめ症状などを説明しておく必要がある 重篤な下痢 → 早期の対処療法(整腸薬、ロペラミドなど)											
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