

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	カペシタビン単独療法(ゼローダ)							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												
	○ A法: 825mg/m ² /回(1日2回) 21日間服用し7日間休薬する(3投1休) カペシタビン(ゼローダ錠300mg) 1800 mg/日(1日2回 朝・夕食後 1回 3錠)												
	体表面積(m ²)		1回用量(錠数)		1日用量(錠数)								
	1.31未満		900mg(3錠)		1800mg(6錠)								
	1.31～1.64未満		1200mg(4錠)		2400mg(8錠)								
	1.64以上		1500mg(5錠)		3000mg(10錠)								
	○ B法: 1250mg/m ² /回(1日2回) 14日間服用し7日間休薬する(2投1休) カペシタビン(ゼローダ錠300mg) 3000 mg/日(1日2回 朝・夕食後 1回 5錠)												
	体表面積(m ²)		1回用量(錠数)		1日用量(錠数)								
1.33未満		1500mg(5錠)		3000mg(10錠)									
1.33～1.57未満		1800mg(6錠)		3600mg(12錠)									
1.57～1.81未満		2100mg(7錠)		4200mg(14錠)									
1.81以上		2400mg(8錠)		4800mg(16錠)									
<腎障害の目安と対処法> 重度 : Ccr30ml/min未満 ⇒ 投与禁忌 中等度: Ccr30～50ml/min ⇒ 1段階減量 軽度 : Ccr51～80ml/min ⇒ 減量不要													
投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日													
併用薬の確認	併用禁忌: ティーエスワン (投与中止後1週間以上経過していることを確認する) 併用注意: 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(頻回に凝固能変動を確認すること)												
B型肝炎check	HBs抗原 () ⇒ HBc抗体 (), HBs抗体 () ⇒ HBV核酸定量 0.9LIU/ml ()												
予測される副作用	手足症候群、下痢、口内炎、悪心嘔吐、食欲不振、骨髄抑制、肝障害、腎障害など												
備考													
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