

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	プロトコル名	キイトルーダ+FP療法			告知Grade
投与計画	身長	cm	体重	kg	体表面積
	血清クレアチニン	ml/dl	Cockcroft-Gault 推算Ccr	性別無し ml/min	
	※女性は0.85を掛けています				
	◎切除不能進行・再発食道癌に対する一次治療				
	キイトルーダ ☐ 3週間毎に投与する場合 200mg/body ※投与間隔は途中切替えも可能				
	☐ 6週間毎に投与する場合 400mg/body				
	シスプラチン _____ mg(標準量 80mg/m ²) Day1 3週毎				
	フルオロウラシル _____ mg(標準量800mg/m ²) Day1~5 3週毎				
	病勢進行または許容できない毒性発現まで継続				
	キイトルーダ+ 5-FU投与は最大35サイクル、シスプラチン投与は最大6サイクル				
Day1 (キイトルーダ6週毎投与の場合、偶数コースでキイトルーダ休業する→②③以外を投与する)					
① 生食100ml メイン用本体					
② 生食50ml ルートプライミング・フラッシュ用					
③ キイトルーダ 400 mg + 生食100ml 200ml/hr(30分以上かけて) ※0.2-5μmフィルター使用					
④ 生食 500ml + 硫酸マグネシウム補正液1mEq/mL【0.5管(10ml) 500ml/hr 末梢側の三活より投与					
⑤ 生食 500ml 500ml/hr 末梢側の三活より投与					
⑥ ハロ/セトロン点滴静注バッグ0.75mg/50ml + アロカリス235mg 1V + デキサート6.6mg1.5V [9.9mg] 120ml/hr					
⑦ 生食 500ml 250ml/hr 末梢側の三活より投与					
⑧ シスプラチン _____ mg + 生食500ml 250ml/hr					
⑨ フロセミド20mg 1A + 生食50ml 250ml/hr 末梢側の三方活栓より投与					
⑩ ソルデム3A 500ml 250ml/hr 末梢側の三活より投与					
⑪ フルオロウラシル _____ mg + 生食500ml 22hrペースに設定 (24時間で投与終了する)					
⑫ ビカナイト500ml 120ml/hr 末梢側の三方活栓より投与					
⑬ ビカナイト500ml 120ml/hr 末梢側の三方活栓より投与					
⑭ ソルデム3A 500ml 120ml/hr 末梢側の三方活栓より投与					
処方 オランザピンOD錠2.5mg 1回2錠 1日1回 夕食後 4日分 (治療当日から4日間服用)					
Day2~5					
① 生食100ml メイン用本体					
② デキサート6.6mg 1V + 生食50ml 100ml/hr ≪前日と同じ時間帯に投与≫ 末梢側の三方活栓より投与					
③ フルオロウラシル _____ mg + 生食500ml 22hrペースに設定 (24時間で投与終了する)					
④ 生食 1000ml 40ml/hr 末梢側の三方活栓より投与 ※Day3以降は必要に応じ適宜追加して下さい。					
投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
併用薬					
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	【KEYNOTE590試験(370例)において発現率20%以上】悪心63%、食欲減退39.2%、貧血38.6%、疲労36.5% 好中球減少36.5%、嘔吐29.7%、下痢26.2%、口内炎25.9%、白血球減少24.1% 【重篤な副作用】発熱性好中球減少症2.4%、急性腎障害2.2%、嘔吐2.2%、低Na血症1.9%、食欲減退1.6% 下痢・低K血症・悪心・好中球減少症・血小板数減少 各1.4% 【死亡に至った副作用9例(2.4%)】多臓器機能不全症候群、肺塞栓症、間質性肺疾患、肺臓炎、発熱性好中球減少症 肺炎、急性腎不全、下痢、肝不全 各1例(0.3%)				
備考	・オランザピンは糖尿病患者に禁忌です(眠気ができるため、睡眠薬との併用や夜間転倒に十分注意する)。 ・5-FU 24時間毎に交換します、流速に遅れがないか適宜確認して下さい。 ※キイトルーダ 0.2-5μmのインラインフィルター使用				
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