

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		ゲフィチニブ単独療法							告知Grade		
投与計画	身 長		cm		体 重		kg		体表面積		m ²	
	ゲフィチニブ(イレッサ) <u>250mg</u> 1日1回内服 連日投与 PD(増悪)まで											
	※1日1回、食前・食後などの規制はないが、高齢者は無酸症が多いことから食後の服用が望ましい。 → 低胃酸状態が持続する場合は呼吸が低下し、血中濃度が減少し作用が減弱する											
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・H ₂ ブロッカー(胃内pH5.0以上持続した場合AUCが50%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、Ca拮抗薬、ベンゾジアゼピン系薬剤等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 0.9L.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。 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