

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	デュルバルマブ（イミフィンジ）療法								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	
	適応： 切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法 デュルバルマブ（イミフィンジ点滴静注） 1500 mg/回（固定量） （体重30kg以下は20mg/kg⇒ _____ mg/回） インターバル 4週 投与期間は12カ月間までとする												
Day1 フィルター付き（メイン）輸液セット ① 生食100ml 本体ルート（終了時に残廃棄） ② イミフィンジ _____ mg + 生食100ml 100ml/hr（60分以上かけて） 側管													
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 0.9LIU/ml（ ）												
重大な副作用	・間質性肺疾患 ・infusion reaction ・免疫性血小板減少性紫斑病 ・1型糖尿病 ・腎障害（間質性腎炎等） ・大腸炎、重度の下痢 ・肝機能障害、肝炎 ・重症筋無力症、心筋炎、筋炎、横紋筋融解症 ・甲状腺機能障害、副腎機能障害、下垂体機能障害												
備考	インラインフィルター（0.2又は0.22μm）を使用すること ※皮膚障害が多く報告されています Grade1～2；投与継続 Grade2で1週間以上継続した場合；Grade1以下に回復するまで本剤を休薬 Grade3；Grade1以下に回復するまで本剤を休薬 Grade4；本剤の投与を永久に中止												
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