

治療審査委員会申請書類

患者ID :

患者氏名		職業			
生年月日		年齢		性別	

所属診療科				
申請医師名				
区分	☐ 階病棟	☐ 外来		

診断名				
	Stage		Performance Status	

告知内容				
------	--	--	--	--

治療方法	プロトコール名	トラスツズマブ単独療法(1週毎)		
------	---------	------------------	--	--

	身長	cm	体重	kg	体表面積	m ²
--	----	----	----	----	------	----------------

☐ 補助療法 ☐ 進行・再発	① 生食100ml	本体ルートに使用			
	② ハーセプチン	初回	mg (4mg/kg)	+	生食250ml 160ml/hr
		2回目以降	mg (2mg/kg)	+	生食250ml 250ml/hr (30分まで短縮可)

投与計画	上記を1週毎に投与				
	投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日				

併用薬剤 (禁忌薬剤の チェック)				
-------------------------	--	--	--	--

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 処処方針	infusion reaction 症状出現時投与の減速、中止、抗ヒスタミン薬、解熱鎮痛薬の投与を検討 心毒性 投与中は心機能検査を適宜行い観察する。			
-----------------------	--	--	--	--

注入ポンプ点滴 回路、フィルター 等の指定				
-----------------------------	--	--	--	--

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