

治療審査委員会申請書類

患者ID : 0

患者氏名	0	生年月日	明治33年1月0日	年齢	0	性別	0
診療科	0	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	ドセタキセル単独療法	告知Grade	
------	---------	------------	---------	--

投与計画	身長 0 cm 体重 0 kg 体表面積 0 m ²				
	Day1 ① 生食100ml+デキサート(6.6mg) 1V 200ml/hr ② 生食100ml メイン用本体 ③ ドセタキセル 0 mg(標準量60mg/m ²) + 5%糖液250ml 250ml/hr インターバル3週				
	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 0.9L.IU/ml ()
-----------	---

予測される副作用	好中球減少・発熱性好中球減少・血小板減少・肝障害・悪心・脱毛・浮腫など ・累積投与量350-400mg/m ² を超えると浮腫の発現頻度は高くなる。
----------	--

備考 注入ポンプ点 滴回路、フィル ター指定等	ドセタキセル:エタノールフリー製剤
----------------------------------	-------------------

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