

治療審査委員会申請書類

患者ID : _____

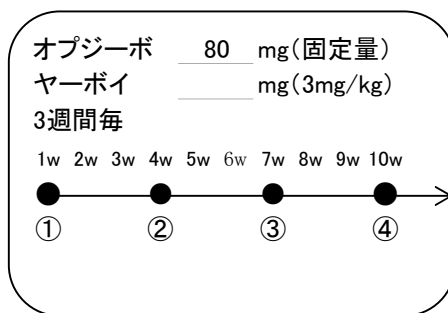
患者氏名				生年月日				年齢				性別			
診療科				区分	☐ 階病棟 ☐ 外来			申請医師名							

診断名								Stage			Performance Status			
告知内容														
治療方法	プロトコール名	ニボルマブ + イピリムマブ併用療法(オプジーボ+ヤーボイ)										告知Grade		

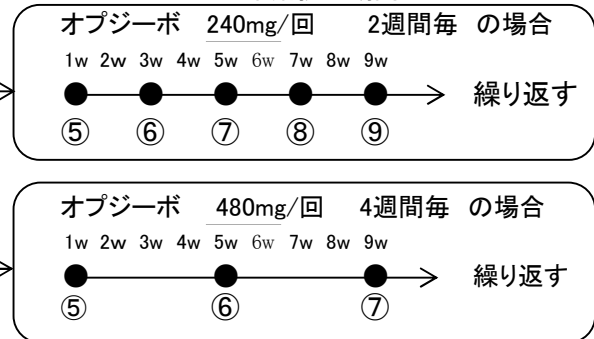
身長	cm	体重	kg	体表面積	m ²
血清クレアチニン	ml/dl	推測Ccr	性別無し ml/min ※女性は0.85を掛けています		

■切除不能な肝細胞癌

《オプジーボ・ヤーボイ併用投与期間》



《オプジーボ単剤投与期間》



投与計画

《点滴内容》 オプジーボ単剤投与期間は①②を投与する(③④なし)

[1] 生食100ml 本体ルート(終了時に残廃棄)

[2] オプジーボ ※ mg + 生食100ml 200ml/hr 30分以上かけて ※0.2又は0.22 μ mフィルター使用
(※1~4回目は80mg/回、5回目以降は240mgあるいは480mg)

※オプジーボ終了後、30分以上間隔をあける

[3] 生食50ml (ヤーボイ用 プライミング・ルートフラッシュに使用)

[4] ヤーボイ _____ mg + 生食20ml 30分以上かけて ※0.2~1.2 μ mフィルター使用

投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

併用薬の確認			
--------	--	--	--

B型肝炎check	HBs抗原 () $\Rightarrow$ HBc抗体 () , HBs抗体 () $\Rightarrow$ HBV核酸定量 0.9LIU/ml ()		
-----------	---	--	--

特に注意を要する副作用	・間質性肺疾患 ・大腸炎、重度の下痢 ・免疫性血小板減少性紫斑病 ・甲状腺機能障害 ・腎障害 ・脳炎	・静脈血栓塞栓症 ・1型糖尿病 ・肝機能障害、肝炎 ・神経障害 ・副腎障害 ・重症筋無力症、心筋炎、筋炎、横紋筋融解症	・重度の皮膚障害 ・infusion reaction
-------------	--	---	---

備考	CheckMate 9DW: Child-PughA分類以外の患者に対する有効性及び安全性は確認できておらず、投与推奨されません。 ・インラインフィルター使用 (オプジーボ0.2又は0.22 μ m、ヤーボイ0.2~1.2 μ m) ・ヤーボイ希釈濃度は1~4mg/mlとすること ・体重30kg未満の患者には、オプジーボ総液量100mL以下とする。		
----	--	--	--

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