

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 + イピリウムマブ併用療法(オプゾーホ [®] +ヤーホ [®] 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	Cockcroft-Gault		性別無し ml/min	
※女性は0.85を掛けています					

☐ 《投与方法》
☐ オブジーボ2週間毎に投与する場合
 オブジーボ 240 mg(固定量) 2週間毎
 ヤーボイ _____ mg(標準量 1mg/kg) 6週間毎

☐ オブジーボ3週間毎に投与する場合
 オブジーボ 360 mg(固定量) 3週間毎
 ヤーボイ _____ mg(標準量 1mg/kg) 6週間毎

投与計画
 上記の投与間隔で繰り返す

《点滴内容》 オブジーボ単剤投与日は③④なし
 ① 生食100ml 本体ルート(終了時に残廃棄)
 ② オブジーボ _____ mg + 生食100ml 200ml/hr 30分以上かけて ※0.2又は0.22 μmフィルター使用
 ※オブジーボ終了後、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分かけて 側管 ※0.2~1.2 μm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 0.9IU/ml ()
-----------	---

特に注意を要する副作用	・間質性肺疾患（胸部X線検査実施等） ・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（定期的TSH,FT3,FT4等測定） ・腎障害 ・脳炎	・静脈血栓塞栓症 ・1型糖尿病（口渇、悪心、嘔吐、血糖上昇） ・肝機能障害、肝炎 ・神経障害（運動・感覚まひ、痺れ、痛み） ・副腎障害（急い、意識がうすれる、判断力低下等） ・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	・PD-L1発現率を考慮した上で選択すること ・インラインフィルター使用（オブジーボ0.2又は0.22 μm、ヤーボイ0.2～1.2 μm） ・ヤーボイ希釈濃度は1～4mg/mlとすること
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