

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		ニボルマブ療法(オプジーボ)							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		
	※女性には0.85を掛けています												
	[適応]○がん化学療法後に増悪した根治切除不能な進行・再発の食道がん												
	○術後補助療法												
	ニボルマブ（オプジーボ点滴静注240mg）												
	○ 1回 240mg を2週間毎												
	○ 1回 480mg を4週間毎												
	※病状や患者希望を考慮し開始後に用法・用量の切替えも可能です												
	※術後補助療法の場合は、投与期間は12カ月間までとする												
点滴内容													
① 生食100ml メイン用本体(終了時に残廃棄)													
② オプジーボ mg + 生食100ml 100ml/hr(30分以上かけて投与)													
※0.2又は0.22μm インラインフィルター使用													
投与開始日 年 月 日													
術後補助療法の場合⇒ 終了予定日 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 ()												
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(運動・感覚まひ、痺れ、痛み) ・副腎障害(怠い、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	インラインフィルター(0.2又は0.22μm)を使用すること												
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