

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		ペムブロリズマブ療法(キイトルーダ)						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		
	※女性は0.85を掛けています										
	適応:PD-L1陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌										
	PD-L1陽性(TPS≥1%) ☐ 陽性 ☐ 陰性										
	ペムブロリズマブ(キイトルーダ)点滴静注100mg)										
	☐ 1回 200mg を3週間毎 より開始します										
	☐ 1回 400mg を6週間毎 より開始します										
	※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										
	Day1										
① 生食100ml 本体ルート(終了時に残廃棄)											
② キイトルーダ _____ mg + 生食100ml 30分かけて点滴 側管(※フィルター付き)											
[infusion reaction]											
・Grade2(点滴の中断が必要だが治療に速やかに反応する)の場合 →直ちに投与中止する。1時間以内に回復する場合は、投与速度を50%減速して再開する。											
・Grade3以上 または 再発性のGrade2の場合 →直ちに投与中止し再投与しないこと。											
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 ()										
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 ・下垂体機能障害 ・甲状腺機能障害(定期的TSH,FT3,FT4等測定) ・腎障害 ・脳炎 ・睇炎 ・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(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 PD-L1の発現が確認された患者に投与すること										
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