

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: がん化学療法後に増悪したPD-L1陽性の根治切除不能な進行・再発の食道扁平上皮癌																	
	PD-L1		☐		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																	
☐		生食100ml		本体ルート(終了時に残廃棄)														
☐		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)						・肺炎						・重度の皮膚障害					
	・大腸炎、重度の下痢						・1型糖尿病(口渇,悪心,嘔吐,血糖上昇)						・infusion reaction					
備考	・下垂体機能障害						・肝機能障害、肝炎											
	・甲状腺機能障害(定期的TSH,FT3,FT4等測定)						・神経障害(運動・感覚まひ,痺れ,痛み)											
	・腎障害						・副腎障害(怠い,意識がうすれる,判断力低下等)											
・脳炎						・重症筋無力症、心筋炎、筋炎、横紋筋融解症												
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