

Cancer Treatment Committee Application Form						No. _____							
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				食道癌 PTX単剤	告知Grade						
投与計画	身長		cm	体重		kg	体表面積						
	血清クレアチニン		ml/dl	Cockcroft-Gault 推算Ccr		性別無し ml/min							
	※女性は0.85を掛けています												
	パクリタキセル _____ mg (標準量: 100mg/m ²)												
	☐ 6投1休 (週1回投与を6週連続し1週間休薬する) インターバル7週												
	☐ 3投1休 (週1回投与を3週連続し1週間休薬する) インターバル4週												
	副作用経過に応じ投与スケジュールは変更可能												
	<u>6投1休の場合: Day1, 8, 15, 22, 29, 36に投与</u>												
	<u>3投1休の場合: Day1, 8, 15に投与</u>												
	① 生食50ml + デキササート6.6mg 1V + ファモチジン注20mg 1A 200ml/hr(15分) レスタミン錠 5錠 (50mg) 内服 《①と同時に》 ※備考欄												
② 生食100ml メイン用本体 (終了時に残廃棄)													
③ パクリタキセル _____ mg + 生食250ml 250ml/hr(60分) 側管①より投与 ※0.2μm以下のインラインフィルター使用													
＜留意事項＞ 開始時、白血球3000未満 又は 好中球1500未満であれば、骨髓機能が回復するまで投与延期すること。 同一クール内での投与にあたっては、白血球2000未満 又は好中球1000未満であれば回復するまで 投与延期する。 投与後、白血球1000未満となった場合には、以下の減量を行うこと。													
＜減量の目安＞													
<table><tr><td>通常投与量</td><td>100mg/m²</td></tr><tr><td>1段階減量</td><td>80mg/m²</td></tr><tr><td>2段階減量</td><td>60mg/m²</td></tr></table>								通常投与量	100mg/m ²	1段階減量	80mg/m ²	2段階減量	60mg/m ²
通常投与量	100mg/m ²												
1段階減量	80mg/m ²												
2段階減量	60mg/m ²												
投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日													
併用薬の確認		禁忌: アルコール依存症治療薬(ジスルフィアム・シアナミド)、抗悪性腫瘍薬(フロカルバゾン) 併用注意: ビタミンA、アゾール系抗真菌剤(ミコナゾール等)、マクロライド系抗生剤(エリスロマイシン等)、 ジヒドロピリジン系Ca拮抗薬(ニフェジピン等)、シクロスポリン、ペラバミル、キニジン、ミダゾラム、フェナセチン、ラパチニブ、オロパタジン、 N-メチルテトラゾールチオメチル基を有するセフェム系抗生剤(セフメザゾール・ラタモキシフ・セフォペラゾンなど)											
B型肝炎check		HBs抗原 () ⇒ HBc抗体 () , HBs抗体 () ⇒ HBV核酸定量 0.9LIU/ml ()											
予測される副作用		骨髄抑制 白血球及び好中球減少の最低値は開始後22日(中央値) 過敏反応 呼吸困難、胸痛、低血圧、頻脈、徐脈、血管浮腫などが現れた場合は投与中止、適切な処置を行う。 末梢神経障害 使用が長期間にわたると発現頻度が高くなる、減量・休薬等の適切な処置を行うこと。 関節痛・筋肉痛 投与開始2-3日後より現れる、鎮痛剤投与等の適切な処置を行うこと。 間質性肺炎 発熱、咳、呼吸困難及び胸部X線検査異常などが認められた場合は投与中止。ステロイド等の処置を行う。 肝機能障害、黄疸 異常が認められた場合は投与中止。 白質脳症 歩行時のフラツキ、痙攣、頭痛、視覚障害、意識障害等が認められた場合は投与中止。											
備考		※レスタミン 緑内障・前立腺肥大症は禁忌 [抗コリン作用による悪化の為] ⇒ オロパタジン錠5mg 代用 パクリタキセル投与時には0.22ミクロン以下のメンブランフィルタをもちいたインラインフィルタを通して投与 パクリタキセル: アルコール含有(運転禁止)、アルコール不耐症は投与不可											
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													