

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                           | <input type="checkbox"/> | 階病棟             |  | <input type="checkbox"/> | 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                                                                                                                                                                |  | RAM単独療法(ラムシルマ <sup>®</sup> ) |                          |                 |  |                          |       |             | 告知Grade |                    |  |                 |  |
| 投与計画                                                                                              | 身長                                                                                                                                                                     |  | cm                           |                          | 体重              |  | kg                       |       | 体表面積        |         |                    |  | m <sup>2</sup>  |  |
|                                                                                                   | 血清クレアチニン                                                                                                                                                               |  |                              |                          | ml/dl           |  | Cockcroft-Gault          |       | GFR(糸球体濾過率) |         | 性別無し ml/min        |  | ※女性は0.85を掛けています |  |
|                                                                                                   | サイラムザ                                                                                                                                                                  |  |                              |                          | mg (標準量:8mg/kg) |  | d1                       |       |             |         |                    |  |                 |  |
|                                                                                                   | インターバル2週                                                                                                                                                               |  |                              |                          |                 |  |                          |       |             |         |                    |  |                 |  |
|                                                                                                   | Day1<br>① 生食100ml (メイン用本体、終了後は残破棄)<br>※同時にレスタミンコーワ錠 5錠(50mg)を内服させること<br>② サイラムザ _____ mg + 生食250ml 60分で投与 <<0.2又は0.22ミクロンのフィルター使用>><br>忍容性良好であれば2回目以降30分まで短縮可          |  |                              |                          |                 |  |                          |       |             |         |                    |  |                 |  |
| [Infusion Reaction]<br>Grade1又は2 ⇒ 投与中の速度を50%減速、次回投与も50%減速で投与<br>Grade3又は4 ⇒ サイラムザの投与を直ちに中止、再投与不可 |                                                                                                                                                                        |  |                              |                          |                 |  |                          |       |             |         |                    |  |                 |  |
| 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 ( )                                                                                                              |  |                              |                          |                 |  |                          |       |             |         |                    |  |                 |  |
| 予測される副作用と対処方針                                                                                     | 血栓症 異常が現れた場合サイラムザ投与中止<br>消化管穿孔 消化管穿孔と診断された場合はサイラムザの投与を中止とする<br>高血圧 降圧薬の使用。高血圧に伴う緊急症状が現れた場合は投与中止とする<br>尿蛋白 定期的な尿蛋白検査の実施。蛋白尿2g/日以上を認めたら1回目;6mg/kgへ減量、2回目;5mg/kgへ減量を考慮する。 |  |                              |                          |                 |  |                          |       |             |         |                    |  |                 |  |
| 備考                                                                                                | 肝障害/肝不全 Child-Pugh分類B又はCは投与推奨できません<br>※がん化学療法後に増悪したAFP値が400ng/mL以上の患者に適応<br>レスタミンは緑内障、前立腺肥大症に禁忌→代替;アレロック錠など<br>サイラムザは蛋白質透過型のフィルター(0.2または0.22ミクロン)を使用、他剤と同じラインを使用しない。   |  |                              |                          |                 |  |                          |       |             |         |                    |  |                 |  |
| 採否                                                                                                | <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 再検討 <input type="checkbox"/> 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