

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	SOX+trasutuzumab併用療法 (S1+オキサリプラチン+ハーセプチン)							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		推算Ccr	性別無し ml/min ※女性は0.85を掛けています				
	S-1	80		mg/日/分2	(BSA1.25m ² 未満 80mg/日 1.25~1.5m ² 未満 100mg/日 1.5m ² 以上 120mg/日)							
	オキサリプラチン			mg (標準量: 130mg/m ²)	Day1							
	トラスツマブ			mg(初回8mg/kg)			mg(2回目以降6mg/kg)	Day1				
	インターバル3週											
	Day1											
	① トラスツマブ			mg(初回8mg/kg)	+ 生食250ml		166ml/hr (90分)					
				mg(2回目以降6mg/kg)	+ 生食250ml		忍容性が良好であれば		2回目以降30分まで短縮できる			
	② 生食100ml			本体ルート(トラスツマブ)								
③ パロセトロン点滴静注バッグ0.75mg/50ml			+ アロカリス235mg	1V		+ デキサート1.65mg<3A>	[4.95mg]					
120ml/hr			30分かけて投与									
④ 5%糖液100ml			本体ルート(オキサリプラチン)									
⑤ オキサリプラチン			mg	+ 5%糖液500ml		+ デキサート1.65mg		1A		250ml/hr		
内服薬												
エスワン	80		mg/E	1日2回 朝・夕食後		14日間内服し1週間休薬						
デカドロン錠4mgは省略	(症例に応じ追加; 1回1錠 1日1回朝食後 2-3日目に内服)											
	投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日											
併用薬の確認	併用禁忌: 他のフッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍薬、フッ化ピリミジン系抗真菌薬 (投与されていないこと。及び投与中止後1週間以上経過していることを確認する) 併用注意: フェニトインの血中濃度上昇の恐れあり(中毒症状の発現)、 ワルファリンの作用増強させることがある凝固能変動注意											
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	骨髄抑制、肝障害、腎障害、悪心、嘔吐、手足症候群、浮腫、過敏反応、Infusion Reaction 末梢神経障害、関節痛・筋肉痛、心障害、間質性肺炎、腫瘍崩壊症候群など											
備考												
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