

治療審査委員会申請書類

患者ID : 0

患者氏名	0	生年月日	明治33年1月0日	年齢	0	性別	0		
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	パルボシクリブ療法(イブランス)				告知Grade			
投与計画	身長	0	cm	体重	0	kg	体表面積	0	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								
	イブランスカプセル			125	mg	剤型(25) (125)			
	内分泌療法剤との併用において、通常、成人にはパルボシクリブとして 1日1回 125mgを3週連続して食後に投与し、その後1週間休薬する 以上を1サイクルとして投与を繰り返す。								
	併用薬(ホルモン療法)								
	☐ レトロゾール2.5mg(フェマール) 1日1回 連日経口投与								
	☐ フルベストラント500mg(フェソロデックス) 1サイクル目の1日目と15日目、その後はサイクル1の1日目から起算して28日(±7日)毎に筋肉内投与								
	減量して投与を継続する場合の投与量								
	減量レベル		投与量						
通常投与量		125mg/日							
一次減量		100mg/日							
二次減量		75mg/日							
経口剤であるため、内服アドヒアランスを十分確認する。(積極的な治療参加)									
投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日									
併用薬の確認	併用注意 : CYP3A阻害剤: イトラコナゾール, ホリコナゾール, クラリスロマイシン, グレープフルーツ等(本剤血中濃度上昇) 強いCYP3A誘導剤: フェニトイン, カルマセピン, リファンピシン, フェノバルビタール等(本剤血中濃度低下) CYP3Aの基質となる薬剤: ミダゾラム, フェンタニル等(これらの薬剤の血中濃度上昇)								
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	好中球減少症(78.4%), 白血球減少症(38.5%), 脱毛症(31.5%), 疲労(30.2%), 口内炎(23.2%), 悪心(21.6%), 関節痛(19.6%), 貧血(19.1%), 感染症(19.1%), ほてり(17.8%), 下痢(14.9%), 発疹(11.6%),								
備考	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