がん化学(放射線)療法レジメン申請書

申請期日	2009.9.30
診療科名	皮膚科
診療科長 署名	
申請医師 署名	
登録確認日	
登録削除日	

受付番号	*
がん腫(コード)	*
レジメン登録ナンバー	*

^{*}記入不要です

がん種	レジメン名	実施区分	使用分類	適応分類
有棘細胞癌		■ 入院	■ 日常診療(試験以外)	■ 術前補助化学療法
基底細胞癌		■ 外来	口 単施設自主研究	■ 術後補助化学療法
付属器癌		口 入院及び外来	口 多施設自主研究	□ 通常化学療法
血管肉腫	TXT 療法		□ 市販後臨床試験	□ 大量化学療法
乳房外パジ			□ 治験	□ その他()
ェット病			□ その他	

注)レジメン名の命名法:①疾患(臓器)②薬剤(多剤の場合はコンセンサスの得られた通称)③投与法、④臨床試験の場合は試験の名称または研究グループ名称—この順番に命名してください。(day8, day15 などの投与日がある場合、オーダリングシステム上は別レジメン名となりますので、承認後⑤として-day8 や-day15 が加わります。)

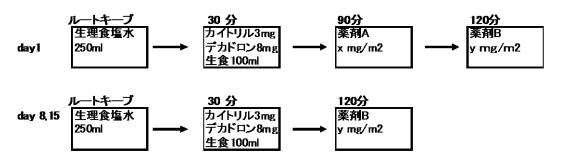
臨床試験(の場合記入				
期間			~		
Phase	□ I	□ I/I	ПП		□ その他

以下(a), (b)は2ページ目記載の参考にしてください。

(a)投与スケジュール記載例

薬剤名	投与量	day1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
	以丁里																												
薬剤A	Xmg/m ²																												
薬剤B	ymg/m²								•							•													
1コース期	間		28	A			目標	<u>, </u>	ス数	[口棒	ī (П	ース)	■無	₹(PE	まで	్)										

(b)投与日のスケジュール記載例



1ページ目の記載例に準じて記入してください。

(a) 投与スケジュール

(行の挿入、表のコピーペーストは可能です。)

薬剤名	投与量	day1	2	3	4	5	6	7
采用石	(大学里 							
ドセタキセル	60mg/m²	1						
1コース期間 1日。 4週ごとに繰り返す。目標コース 無(PDま								
で)								

(b) 投与日のスケジュール (<u>投与時間も記入してください</u>。 day8 や day15 がある場合も、記載してください。テキストボックスはコピーアンドペーストで増 やせます。)

2時間

day1

ドセタキセル 60mg/m²

(審査の参考にしますので簡単に記載してください。)

\B \D \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	にしてするとには大していたとう。
基準項目	
適格基準	体温 $<$ 38°C、WBC \ge 2,400/ μ I、好中球 \ge 1,200/ μ I、PLT \ge 7 万/ μ I、Hb \ge
	8.0g/dl、
	AST・ALT<基準値の5倍、Cr≦2.0mg/dl もしくは 24CCR>30ml/分
除外基準	適格基準を満たさないもの
開始基準	適格基準を満たすもの
次コース	 適格基準を満たすもの、中止基準に該当しないもの
次コース 開始基準	週代基準を利にするの、中止基準に該当しないもの
加加坐牛	
休薬基準	アナフィラキシー、間質性肺炎の増悪、重篤な末梢神経障害、重篤な感染症、イレ
	ウス、消化管出血・穿孔、心不全・心筋梗塞、脳梗塞、急性膵炎、呼吸困難、重篤
	な肝機能異常、視力障害、重篤なうつ状態、Stevens-Johnson 症候群、急性腎不
	全の発現時
投与量	以下の場合、投与量を 75%に減量する。
変更基準	PLT<2.5 万/μI、WBC<1,000 が4日以上持続、Grade3 の肝・腎・神経障害が出現
	した場合
中止基準	アナフィラキシー、間質性肺炎の増悪、重篤な末梢神経障害、重篤な感染症、イレ
	ウス、消化管出血・穿孔、心不全・心筋梗塞、脳梗塞、急性膵炎、呼吸困難、重篤
	な肝機能異常、視力障害、重篤なうつ状態、Stevens-Johnson 症候群、急性腎不
	全の発現時

・本レジメ	ンが、臨床試験の場合はプロトコールの解説を	簡単に記載	載してください。
i			
			_
・レジメン	審査の規準は以下のとおりとなっています。		
① 標準治	治療であること。または、標準治療に準ずる治療	象であること	•
② IRBの	審査を受けた試験であること。		
これらの麸	見準をふまえた上で、本レジメンに該当するエロ	ビデンスレイ	ベルを以下の表に
チェックし	てください。エビデンスレベルが判然としない場	易合は、コメ	ント欄にガイドライ
ンの推奨	隻を記載してください。 		•
Level	内容	チェック	
		欄	
I	Phase III のランダム化比較試験		
П	Phase II O prospective study		
Ш	Retrospective study (case control study など)		
IV	Case reports		
V	専門家の意見		
コメント	は は		
	東		