

## がん化学(放射線)療法レジメン申請書 (ver.4)

・記載不備がある場合は審査対象になりません。\*は記入不要です。

申請日	2023年10月19日	受付番号	*
診療科名	腫瘍血液内科	がん種(コード)	*
診療科長名		登録ナンバー	*
申請医師名		承認日	*
審査区分(下記をチェックしてください)		マスタ登録日	*
通常審査を希望	<input checked="" type="checkbox"/>	マスタ変更日	*
迅速審査を希望	<input type="checkbox"/> 注1)	最終改訂年月日	*
迅速審査(患者追加)を希望 (過去登録歴あり)	<input type="checkbox"/> 注1)	登録削除日	*
HPでのレジメン公開の可否	可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/>		

注1) 迅速審査は患者限定となります。

がん種	レジメン名	実施区分	使用分類	適応分類
非ホジキンリンパ腫	Pola+RB療法 C1+C2以降  注2)	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院及び外来	<input checked="" type="checkbox"/> 日常診療(試験以外) <input type="checkbox"/> 単施設自主研究 <input type="checkbox"/> 多施設自主研究 <input type="checkbox"/> 市販後臨床試験 <input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 <input checked="" type="checkbox"/> 通常化学療法 <input type="checkbox"/> 大量化学療法 <input type="checkbox"/> その他( )

・申請されたレジメンは原則共用ですが、科限定を希望する場合(治験や特殊な化学療法)は右にチェックしてください。

注2) 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投与方法、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。)

### (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
薬剤A	Xmg/m <sup>2</sup>	●																											
薬剤B	ymg/m <sup>2</sup>	●							●							●													
1コース期間		28日		目標コース数		□有(コース)		■無(PDまで)																					

### (b)投与日のスケジュール記載例

投与順序	投与薬剤名(商品名)	投与量		投与経路	投与方法	投与時間	その他コメント	投与日 Day(丸数字は投与順番を記載)																					
		量	単位					1	2	8																			
記載例	アロキシ注	0.75	mg	側管	点滴	30分	抗がん剤投与30前より開始																						
	デキサート注	9.9	mg																										
1	生食	100	mL	メイン	点滴		ルートキープ																						
	生食	250	ml																										
2	デキサート注	8.8	mg	側管	点滴	30分																							
	生食	100	mL																										
3	ゲムシタピン	1000	mg/m <sup>2</sup>	側管	点滴	60分																							
	生食	100	ml																										
4	シスプラチン	100	mg/m <sup>2</sup>	側管	点滴	60分																							
	生食	500	ml																										





様式3

(審査の参考にしますので簡単に記載してください。)

基準項目	
適格基準	<p>治療対象となる症例の背景、状態などを記載してください (例:年齢、PS, 診断、ステージ、既往歴など) 再発または難治性のびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 Performance status grade (ECOG): 0,1,2,3 の症例を対象とする。 十分な肝・腎・肺・心機能を有すること。</p>
開始基準	<p>薬剤投与の可否を決定する項目を具体的に記載してください。 (血液検査データや身体所見など) 適格基準を満たし、かつ前回の治療より 21 日以上経過。 好中球数 &gt;1000/<math>\mu</math>l 以上。血小板 &gt;7.5 万/<math>\mu</math>l 以上 を目安とする。</p>
投与量 変更基準	<p>有害事象などで投与量を変更する際の基準を記載してください。 治療中、以下の毒性が生じた場合は、減量を行う。 好中球 &lt;500/<math>\mu</math>l 血小板 &lt;2.5 万/<math>\mu</math>l Grade3 以上の非血液毒性 →トレアキシン 90mg/m<sup>2</sup> の場合は 60mg/m<sup>2</sup> に。60mg/m<sup>2</sup> の場合は投与中止。 Grade2, 3 の末梢神経障害→症状が回復するまでポライビー休薬。次回投与予定日の 14 日目までに Grade1 以下に回復した場合、以降は 1.4mg/kg に減量。14 日目までに Grade1 以下に回復しない場合はポライビー投与中止。 2回目以降の Grade2, 3 の末梢神経障害出現時、もしくは Grade4 の場合はポライビー投与中止。</p>

以下の①～③のうち、当該レジメンが該当する箇所にチェックしてください。

- ① 標準治療<sup>注3)</sup>である。または、標準治療に準ずる治療である
- <sup>注3)</sup> 標準治療とはエビデンスレベル「Ⅱ」以上であることを原則とします。
- ② 臨床試験の場合は IRB にて承認をうけている
- ③ ①②いずれにも該当しない(通常審査での申請は不可)

①、③の場合 エビデンスレベルを以下の表にチェックしてください。重要文献も添付してください。また、当該レジメンの申請理由について記入してください。なお、③の場合は当該レジメンをどのような位置づけで実施しようとしているのか、ガイドラインに一応の記載がある、学会やコミュニティでのコンセンサスがある、診療科内でのコンセンサスがある、など、そのレジメンの信頼度について申請者がどのように判断した上で申請しているのか、が具体的に分かるよう申請理由に記載して下さい。

Level	内容	チェック欄
I	Phase III のランダム化比較試験の結果、優越性もしくは非劣性を示したもの	<input type="checkbox"/>
II	Phase II の prospective study の結果により、標準治療になりうるものが学会などで広くコンセンサスを得ているもの	<input checked="" type="checkbox"/>
III	Phase II などの prospective study	<input type="checkbox"/>
IV	Retrospective study (case control study など)	<input type="checkbox"/>
V	Case reports	<input type="checkbox"/>
VI	専門家の意見	<input type="checkbox"/>

申請理由 <sup>注4)</sup>	再発難治性びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫に対して、救援化学療法として適応のあるリツキサン+トレアキシ(RB)療法と比較して、ポライビー+RB 療法の有効性、安全性を検討した Phase II 試験にて、治療終了後の寛解率は RB 療法群/ポライビー+RB 療法群は 17.5%/40%、PFS 中央値は 3.7 ヶ月/9.5 ヶ月、OS 中央値は 4.7 ヶ月/12.4 ヶ月と有意に効果を確認されています。有害事象は末梢神経障害の副作用は RB 療法群と比較し頻度は高いものの、その他の有害事象は変わりありません。上記理由により、再発難治性 DLBCL の症例に対して、有効な救援療法と判断しており、当院での使用を申請します。
参考文献	Sehn LH, et al. Polatuzumab Vedotin in Relapsed or Refractory Diffuse Large B-Cell Lymphoma. J Clin Oncol. 2020; 38(2): 155-165.

<sup>注4)</sup> このレジメンの妥当性や必要性を含め、申請理由を審査委員にわかりやすく記載してください。無記入の場合には、審査対象となりませんのでご注意ください。なお、迅速審査の場合には、レジメンの説明に加えて、当該患者背景や使用する理由を記載してください。

## ②の場合

以下を記入してください。

- |   |
|---|
| 1.試験名<br>2.試験期間<br>3.phase<br>4.IRB 承認の有無[予定] |
| プロトコール概要                                      |