

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	2024 年 6 月 28 日	受付番号	＊
診療科名	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	☒	マスタ変更日	＊
迅速審査を希望	☐ 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)	☐ 注 1)	登録削除日	＊
HP でのレジメン公開の可否	可 ☒ 不可 ☐		

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
AML	Quiz 併用 HDAC 地固 め療法 注2)	☒ 入院 ☐ 外来 ☐ 入院及び外来	☒ 日常診療(試験以外) ☐ 単施設自主研究 ☐ 多施設自主研究 ☐ 市販後臨床試験 ☐ 治験 ☐ その他	☐ 術前補助化学療法 ☐ 術後補助化学療法 ☒ 通常化学療法 ☐ 大量化学療法 ☐ 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、オーダー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。)

レジメン名記載例： 膀胱癌・ゲムシタビン・(weekly adjuvant)

①疾患名
②薬剤名あるいはレジメンの通称
③必要があればスケジュールやアジュバント等を記載の順にしてください。

レジメン名(登録名)	Quiz併用HDAC地固め療法
休薬期間※	※
レジメンコード※	※
対象疾患	AML
診療科名	血液内科
記入者名	

抗がん剤名(一般名)	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
シタラビン	3 g/m ²	●		●		●																							
シタラビン	3 g/m ²	●		●		●																							
1コース期間		5 日	休薬期間								1 日	目標コース数								■有 (4 コース)				□無 (PDまで)					

メインの点滴や負荷輸液の薬剤（外液や維持液など）をレジメンマスタに登録するのは任意ですが、レジメンの一部として登録するとオーダーの際に便利です。

[illegible]

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	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) おおよそ 18 歳～75 歳のFLT3-ITD変異陽性初発AML患者に対してキザルチニブと併用で行う。
開始基準	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) 血清Cre 3.0mg/dL 未満、T-Bil 5mg/dL 未満 EF 45%以上 QTcF 450ms 以下 原則として好中球 1000 以上 and/or 血小板数 10 万以上に回復してから開始する (CR or CRi)。
投与量 変更基準	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。 60 歳以上の方は中枢神経関連有害事象が増加する恐れがあるため 50%減量する (1.5g/m²を 12 時間毎に 1 日 2 回)。

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^{注3)}である。または、標準治療に準ずる治療である ☒
- ^{注3)} 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	☒
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	☐
III	Phase II などの prospective study	☐
IV	Retrospective study (case control study など)	☐
V	Case reports	☐
VI	専門家の意見	☐

申請理由 ^{注4)}	FLT3-ITD 変異陽性 AML に対して従来型の殺細胞性抗癌剤を用いた寛解導入療法および地固め療法単独では予後が不良であった。本邦では再発難治性のみに保険適応を有していた分子標的薬キザルチニブを、初発時から併用することで予後が改善されることが QuANTUM-First 試験にて示され、本邦でも初発からの使用が保険承認された。当院でも標準治療として採用したく、申請致します。
参考文献	Quizartinib plus chemotherapy in newly diagnosed patients with FLT3-internal-tandem-duplication-positive acute myeloid leukaemia (QuANTUM-First): a randomised, doubleblind, placebo-controlled, phase 3 trial. <i>Lancet</i> 2023; 401: 1571–83.

^{注4)} 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 2.試験期間 3.phase 4.IRB 承認の有無[予定]
プロトコール概要