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 7月 23日	受付番号	*
診療科名		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
急性リンパ 性白血病	Ph 陰性 A-1,2	☒ 入院	☐ 日常診療(試験以外)	☐ 術前補助化学療法
	_L-ASP_JSCT	☐ 外来	☐ 単施設自主研究	☐ 術後補助化学療法
	ALL/MRD2023	☐ 入院及び外来	☒ 多施設自主研究	☒ 通常化学療法
	注2)		☐ 市販後臨床試験	☐ 大量化学療法
			☐ 治験	☐ その他()
			☐ 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。)

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>年齢 16 歳以上 65 歳以下の者</p> <p>ECOG-PS 0~2</p> <p>T-Bil$\leq$2.0 mg/dL、Cre$\leq$2.0 mg/dL</p>
開始基準	<p>臨床試験適格基準を満たすこと。</p>
投与量 変更基準	<p>36-55 歳: L-アスパラギナーゼを 3000U/m²に減量</p> <p>56-65 歳: エンドキサンを 500mg/m²に減量。L-アスパラギナーゼを 3000U/m²に減量</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^{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)}
参考文献

^{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	JSCT ALL/MRD2023
2.試験期間	2023年1月1日～2031年12月31日
3.phase	第Ⅱ相
4.IRB 承認の有無[予定]	有り
プロトコール概要	ALLにおいて微小残存病変測定を用いて同種移植適応を判断することの妥当性を検証するものである。