

がん化学(放射線)療法レジメン申請書 (ver.3)

・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	2022年1月6日	受付番号	*
診療科名	膠原病内科	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	<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	*

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
GPA,MPA	GPA, MPA リツキシマブ BS <small>注2)</small>	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 通常化学療法 <input type="checkbox"/> 大量化学療法 <input checked="" type="checkbox"/> その他(寛解導入療法・寛解維持療法)

・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	X mg/m ²	●																											
薬剤B	Y mg/m ²	●							●								●												
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	①																								
	デキサート注	9.9	mg																													
	生食	100	mL																													
1	生食	250	ml	メイン	点滴																											
	デキサート注	8.8	mg	側管	点滴	30分																										
生食	100	mL																														
2	生食	100	mL																													
	ゲムシタピン	1000	mg/m ²	側管	点滴	60分																										
生食	100	ml																														
3	生食	100	ml																													
	シスプラチン	100	mg/m ²	側管	点滴	60分																										
生食	500	ml																														

化学療法投与スケジュール

レジメン名(登録名)	GPA, MPA リツキシマブBS
休業期間※	6日間
レジメンコード※	※
対象疾患	GPA, MPA
診療科名	膠原病内科
記入者名	

レジメン名記載例： 膀胱・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。

2017年12月14日改定(ver.3)

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
リツキシマブBS	375mg/m2	●																											
1コース期間		7日		休業期間						6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。

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																				
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	①																				
	デキサート注	9.9	mg																									
	生食	100	mL																									
1	生食	100	ml	メイン	点滴	60分	ルートキープ用。残は破棄。	①																				
2	リツキシマブBS	375	mg/m2	側管	点滴		1mg/mlになるように調製。投与速度は指示簿の通り。	②																				
	生食	750	ml																									
3	生食	100	ml	側管	点滴	30分	ルートフラッシュ用。	③																				

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	疾患活動性の高い症例(寛解導入療法)。 既存の治療薬でステロイド減量困難な症例(寛解維持療法)。 年齢、PS、既往歴は問わない。
開始基準	活動性のある感染症がないこと。
投与量 変更基準	投与量の変更は必要としない。 Infusion reacion が生じた際には、本薬剤の投与は中止する。

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	<input checked="" 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 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 ^{注4)}	多発血管炎性肉芽腫症および顕微鏡的多発血管炎に対するリツキシマブの使用は標準的な治療として位置づけられており、安全性の知見が蓄積されてきた。従って、患者限定のレジメンから、標準のレジメンへの変更を申請するものである。
参考文献	ANCA 関連血管炎診療ガイドライン 2017 N Engl J Med 2010;363:211-20. N Engl J Med. 2010 July 15; 363(3): 221-232.

^{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