

がん化学療法プロトコール登録票Ver.1



適応外使用 有 無

□審査日(年 月 日)

申請日: 年 月 日

改訂日: 年 月 日

登録確認日: 年 月 日

登録削除日: 年 月 日

プロトコール審査委員会記載欄	
受付番号	
診療科	
ICD10	
登録番号	

診療科	診療科長	申請医師	PHS
がん化学療法科	か 藤 誠 之 (印)	相 田 耕 二 (印)	6432

プロトコール名	略称	1クールの日数		
トラスツズマブ+パクリタキセル療法				
適応病名	HER2 強陽性、進行、再発胃癌	所要時間	4時間	
実施部署	<input checked="" type="checkbox"/> 外来、 <input type="checkbox"/> 病棟	放射線療法	<input checked="" type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり	
適応分類	<input type="checkbox"/> 初発、 <input checked="" type="checkbox"/> 進行・再発、 <input type="checkbox"/> 術後補助、 <input type="checkbox"/> 術前補助、 <input type="checkbox"/> 超大量、 <input type="checkbox"/> 遺伝子、 <input type="checkbox"/> その他()			
添付資料	<input type="checkbox"/> ガイドライン・文献、 <input checked="" type="checkbox"/> 倫理委員会審査結果、研究計画書、 <input type="checkbox"/> その他()			
番号	抗がん剤名(商品名)・略号	1日投与量	投与手技	投与日(d1, d8等)
1	トラスツズマブ(ハーセプチン)	8mg/m ²	DIV	初回
2	トラスツズマブ(ハーセプチン)	6mg/m ²	DIV	維持、3週ごと
3	パクリタキセル	80mg/m ²	DIV	d1,8,15
4				
5				
6				
7				

臨床使用分類	<input type="checkbox"/> 治療(エビデンスレベル <input type="checkbox"/> Ia <input type="checkbox"/> Ib <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV) (ガイドライン上の推奨グレード <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D) <input checked="" type="checkbox"/> 研究(<input checked="" type="checkbox"/> 多施設自主研究 <input type="checkbox"/> 単施設自主研究 <input type="checkbox"/> 市販後臨床試験 <input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> その他)
エビデンス	<input type="checkbox"/> ガイドライン、 <input type="checkbox"/> 文献、 <input checked="" type="checkbox"/> その他(臨床試験 研究)
ガイドライン名	
文献名	
減量規定等	
本療法の概略 および位置付け	HER2強陽性 進行再発胃癌において、現在、Capecitabine+ Cisplatin+ Trastuzumab療法が行われているが、Cisplatin 既治療例等における治療選択と今後の期待される臨床試験である。
その他	