

佐賀県肺癌連携パス 様式5-1

化学療法用

計画策定病院: 佐賀大学附属病院 担当医: _____ 連絡先: _____
 連携医療機関: _____ 担当医: _____ 連絡先: _____

患者氏名: <<ORIBP_KANJI>> _____ 性別: <<ORIBP_SEX>> _____ 生年月日: <<ORIBP_BIRTHDAY_W>> _____

組織型: 非小細胞癌 (腺癌 扁平上皮癌 大細胞癌 その他)
小細胞癌

病期: _____

EGFR遺伝子変異: あり なし 不明

化学療法のレジメン: ① _____ ② _____ ③ _____
 ④ _____ ⑤ _____ ⑥ _____

		コース目		コース目		コース目	
		年	月	年	月	年	月
投与前の チェック項目	①胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	②CBC、生化学	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
副作用	G3以上の 血液毒性	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> あり	
		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし	
	G3以上の 非血液毒性	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし		
その他の 特記すべき有害事象							
連絡事項							
バリエーション							
		コース目		コース目		コース目	
		年	月	年	月	年	月
投与前の チェック項目	①胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	②CBC、生化学	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
副作用	G3以上の 血液毒性	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> あり	
		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし	
	G3以上の 非血液毒性	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし		
その他の 特記すべき有害事象							
連絡事項							
バリエーション							

増悪時は計画策定病院に連絡してください。

《治療効果判定》原則計画策定病院で行います。

2コース毎
 3コース毎
 4コース毎
 ()コース毎

FAXの送信先