

化学療法に関する同意書

【療法名】

Pmab+FOLFIRI療法

【疾患名】

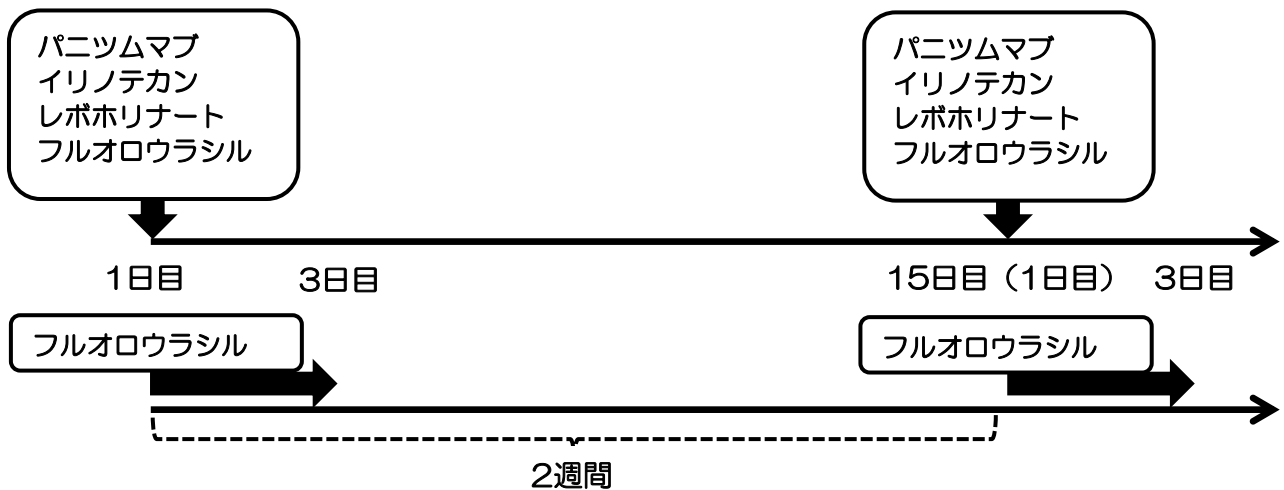
大腸がん

【投与薬剤及び投与量】

薬剤名	投与量
パニツムマブ (Pmab)	6mg/kg
イリノテカン (CPT-11)	150mg/m ²
レボホリナート (I-LV)	200mg/m ²
フルオロウラシル (5-FU)・・・急速静注	400mg/m ²
フルオロウラシル (5-FU)・・・持続静注	2400～3000mg/m ²

【投与方法】

2週間を1サイクルとして、繰り返します



【予想される副作用】

骨髄機能抑制:白血球減少(好中球減少)、血小板減少、貧血

倦怠感

下痢、腸炎、便秘

食欲不振、吐き気、嘔吐

脱毛(頭髪・まつ毛・眉毛など)

口内炎

発熱

色素沈着

肝機能障害、腎機能障害

皮膚症状(ざ瘡様皮膚炎、乾燥、爪囲炎など)

Infusion reaction(発熱、悪寒、頭痛、吐き気、咳、めまい、虚脱感、皮疹、血管浮腫など)

化学療法同意書

私はこの度、化学療法を受けて頂くにあたり、「化学療法に関する同意書」に基づいて、

- 投与薬剤名及び投与量
- 投与方法
- 予想される副作用

などについて説明を行いました。

西暦 年 月 日

地方独立行政法人 筑後市立病院

&tagPatOrdDocDept&

医師

&tagPatOrdDoc&

私は、化学療法を

希望します

希望しません

今回私は、化学療法の必要性及びその内容、予想される副作用等について、上記の如く十分な説明を受け、理解できましたのでその実施について同意します。

西暦 年 月 日

患者氏名 :

親族または理解補助者 :

化学療法同意書

私はこの度、化学療法を受けて頂くにあたり、「化学療法に関する同意書」に基づいて、

- 投与薬剤名及び投与量
- 投与方法
- 予想される副作用

などについて説明を行いました。

西暦 年 月 日

地方独立行政法人 筑後市立病院

&tagPatOrdDocDept&

医師

&tagPatOrdDoc&

私は、化学療法を

希望します

希望しません

今回私は、化学療法の必要性及びその内容、予想される副作用等について、上記の如く十分な説明を受け、理解できましたのでその実施について同意します。

西暦 年 月 日

患者氏名 :

親族または理解補助者 :