**<<がん遺伝子パネル検査後　臨床情報調査票>>**

＊こちらの様式は医師以外の職員が参照することもありますので、略語等を避けるなど

可能な限り平易な言葉でご記入ください。

**[　基本情報　]**

|  |  |
| --- | --- |
| **項目** | **内容** |
| 患者氏名（かな） |  |
| 患者氏名（漢字） |  |
| 性別 | [ ] 男　[ ] 女　[ ] 不明 |
| 生年月日 | (西暦)　　　　　年　　月　　日 |
| C-CAT登録ID | EC |
| エキスパートパネル実施日 | (西暦)　　　　　年　　月　　日 |
| エキスパートパネルの結果新たな治療薬の選択肢が提示された | [ ] 有　[ ] 無 |
| 提示された治験薬を投与した（他院で投与した場合を含む） | [ ] 投与した　[ ] 投与しなかった　[ ] 提示されていない　[ ] 不明 |
| 前治療継続の有無 | [ ] 有　[ ] 無 |
| 提示された治療薬とは異なる薬剤の投与有無 | [ ] 有　[ ] 無　[ ] 提示されていない |
| 提示された治験薬を投与しなかった理由 | [ ] エキスパートパネル提示の治験等に参加できなかった[ ] 主治医の主に臨床的な判断[ ] 患者側の希望または事情[ ] 死亡[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 提示されていない |

**[　薬物療法治療歴　]**

＊エキスパートパネル後の情報について記載をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| **項目** | **内容** |
| 治療方針 | [ ] 企業治験　[ ] 医師主導治験　[ ] 先進医療　[ ] 患者申出療養[ ] 保険診療　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 承認薬併用治験への該当 | [ ] 有　[ ] 無 |
| 治療ライン | [ ] 1次治療　[ ] 2次治療　[ ] 3次治療　[ ] 4次治療[ ] 5次治療以降　[ ] 不明※当該腫瘍に対する治療ラインをご記入ください。 |
| 実施目的 | [ ] 術前補助療法　[ ] 術後補助療法　[ ] 根治　[ ] 緩和　[ ] その他 |
| 実施施設名 |  |
| レジメン名 |  |
| 薬剤情報 | ［薬剤1］薬剤名：（初回）投与量：単位：☐mg/body　☐mg/m2　☐mg/kg　☐IU/body用法：☐経口　☐静注　☐点滴静注　☐皮下　☐筋注　☐動注☐その他　(　　　　　　　　　　　　　)［薬剤2］薬剤名：（初回）投与量：単位：☐mg/body　☐mg/m2　☐mg/kg　☐IU/body用法：☐経口　☐静注　☐点滴静注　☐皮下　☐筋注　☐動注☐その他　(　　　　　　　　　　　　　)［薬剤3］薬剤名：（初回）投与量：単位：☐mg/body　☐mg/m2　☐mg/kg　☐IU/body用法：☐経口　☐静注　☐点滴静注　☐皮下　☐筋注　☐動注☐その他　(　　　　　　　　　　　　　)［薬剤4］薬剤名：（初回）投与量：単位：☐mg/body　☐mg/m2　☐mg/kg　☐IU/body用法：☐経口　☐静注　☐点滴静注　☐皮下　☐筋注　☐動注☐その他　(　　　　　　　　　　　　　)［薬剤5］薬剤名：（初回）投与量：単位：☐mg/body　☐mg/m2　☐mg/kg　☐IU/body用法：☐経口　☐静注　☐点滴静注　☐皮下　☐筋注　☐動注☐その他　(　　　　　　　　　　　　　)［薬剤6］薬剤名：（初回）投与量：単位：☐mg/body　☐mg/m2　☐mg/kg　☐IU/body用法：☐経口　☐静注　☐点滴静注　☐皮下　☐筋注　☐動注☐その他　(　　　　　　　　　　　　　)［薬剤7］薬剤名：（初回）投与量：単位：☐mg/body　☐mg/m2　☐mg/kg　☐IU/body用法：☐経口　☐静注　☐点滴静注　☐皮下　☐筋注　☐動注☐その他　(　　　　　　　　　　　　　) |
| レジメン内容変更情報 | [ ] 有変更内容：[ ] 無 |
| 投与開始日 | (西暦)　　　　　年　　月　　日 |
| 投与終了日 | (西暦)　　　　　年　　月　　日　　または　　[ ] 継続中　 |
| 終了理由 | [ ] 計画通り終了　[ ] 無効中止　[ ] 副作用等で中止[ ] 本人の希望により中止　[ ] その他の理由で中止　[ ] 不明※投与が終了している場合にのみ記載してください。 |
| 最良総合効果 | [ ] CR　[ ] PR　[ ] SD　[ ] PD　[ ] NE【定義】以下の基準で薬物療法終了後の最良総合効果を入力する。CR：完全奏功PR：部分奏功SD：安定PD：進行NE：評価不能または上記のいずれも該当しない場合 |
| 増悪確認日 | (西暦)　　　　　年　　月　　日※無効中止で終了となった場合にのみ記載してください。 |
| Grade3　以上有害事象の有無（**非血液毒性**） | [ ] 有　[ ] 無　[ ] 不明 |
| 有害事象 | ［有害事象1］CTCAEv5.0 名称 日本語：最悪Grade： [ ] Grade 1　[ ] Grade 2　[ ] Grade 3[ ] Grade 4　[ ] Grade 5　[ ] 不明発現日：(西暦)　　　　　年　　月　　日中止に至った原因：☐有　☐無　☐不明［有害事象2］CTCAEv5.0 名称 日本語：最悪Grade： [ ] Grade 1　[ ] Grade 2　[ ] Grade 3[ ] Grade 4　[ ] Grade 5　[ ] 不明発現日：(西暦)　　　　　年　　月　　日中止に至った原因：☐有　☐無　☐不明［有害事象3］CTCAEv5.0 名称 日本語：最悪Grade： [ ] Grade 1　[ ] Grade 2　[ ] Grade 3[ ] Grade 4　[ ] Grade 5　[ ] 不明発現日：(西暦)　　　　　年　　月　　日中止に至った原因：☐有　☐無　☐不明 |

**[　転帰情報　]**

|  |  |
| --- | --- |
| 転帰 | [ ] 生存　[ ] 死亡　[ ] 不明もしくは追跡不可 |
| 最終生存確認日 | (西暦)　　　　　年　　月　　日 |
| 死亡日 | (西暦)　　　　　年　　月　　日※転帰が死亡の場合にのみ記載してください。 |
| 死因 | [ ] 原病死[ ] 他部位のがん死　内容：[ ] 他病死　内容：[ ] 不明※転帰が死亡の場合にのみ記載してください。 |

ご協力ありがとうございました。