**<<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。

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |
| 1. エキスパートパネルにて治療薬の選択肢が提示された
 | [ ] はい　→3.へ進む[ ] いいえ　→2.へ進む |
| 1. 次治療を行った
 | [ ] はい　→5.へ進む[ ] いいえ　→12.へ進む [ ] 不明　→12.へ進む  |
| 1. 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　→5.へ進む[ ] 投与しなかった　→4.へ進む [ ] 不明　→12.へ進む  |
| 1. 提示された治験薬を投与しなかった理由
 | [ ] 提示された治療薬以外の化学療法を行った　→5.へ進む[ ] 患者が治験等を希望したが、適格・除外基準や登録期間外のため参加できなかった→12.へ進む[ ] 患者の経済的事情により化学療法ができなかった　→12.へ進む[ ] 患者の全身状態不良により化学療法ができなかった→12.へ進む[ ] 患者が化学療法を希望しなかった　→12.へ進む[ ] 死亡　→12.へ進む |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 治療方針
 | [ ] 企業治験　→6.へ進む[ ] 医師主導治験　→6.へ進む[ ] 先進医療　→9.へ進む[ ] 患者申出療養　→9.へ進む[ ] 保険診療　→9.へ進む[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　→9.へ進む |
| 1. 承認薬併用治験への該当
 | [ ] 該当あり　→7.へ進む [ ] 該当なし　→8.へ進む |
| 1. 該当あり：治療内容
 | 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 [ ] 不明レジメン名：薬剤名(一般名または商品名)：※可能な範囲で詳細情報をご記入ください。（例：パクリタキセル注100mg/16.7mL「NK」）投与開始日：(西暦) 　　　　年　　月　　日→12.へ進む |
| 1. 該当なし：治療内容
 | 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 [ ] 不明実施施設名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　投与開始日：(西暦) 　　　　年　　月　　日→12.へ進む |
| 1. レジメン入力
 | 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　[ ] 不明実施施設名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　レジメン名： 　 身長： ｃｍ 体重： ｋｇ 薬剤1：（薬剤名： 　　　 　 ）（投与量： 　　　 　 ）（単位：[ ] mg/body [ ] mg/m2 [ ] mg/kg [ ] IU/body）（経路：[ ] 経口 [ ] 静注 [ ] 点滴静注 [ ] 皮下[ ] 筋注 [ ] 動注 [ ] その他 ( ) ）薬剤2：（薬剤名： 　　　 　 ）（投与量： 　　　 　 ）（単位：[ ] mg/body [ ] mg/m2 [ ] mg/kg [ ] IU/body）（経路：[ ] 経口 [ ] 静注 [ ] 点滴静注 [ ] 皮下[ ] 筋注 [ ] 動注 [ ] その他 ( ) ）薬剤3：（薬剤名： 　　　 　 ）（投与量： 　　　 　 ）（単位：[ ] mg/body [ ] mg/m2 [ ] mg/kg [ ] IU/body）（経路：[ ] 経口 [ ] 静注 [ ] 点滴静注 [ ] 皮下[ ] 筋注 [ ] 動注 [ ] その他 ( ) ）薬剤4：（薬剤名： 　　　 　 ）（投与量： 　　　 　 ）（単位：[ ] mg/body [ ] mg/m2 [ ] mg/kg [ ] IU/body）（経路：[ ] 経口 [ ] 静注 [ ] 点滴静注 [ ] 皮下[ ] 筋注 [ ] 動注 [ ] その他 ( ) ）薬剤5：（薬剤名： 　　　 　 ）（投与量： 　　　 　 ）（単位：[ ] mg/body [ ] mg/m2 [ ] mg/kg [ ] IU/body）（経路：[ ] 経口 [ ] 静注 [ ] 点滴静注 [ ] 皮下[ ] 筋注 [ ] 動注 [ ] その他 ( ) ）※可能な範囲で詳細情報をご記入ください。（例：パクリタキセル注100mg/16.7mL「NK」）投与開始日：(西暦) 　　　　年　　月　　日投与終了日：(西暦) 　　　　年　　月　　日 　[ ] 投与継続中増悪確認日：(西暦) 　　　　年　　月　　日最良効果判定：[ ] CR [ ] PR [ ] SD [ ] PD [ ] NE【定義】以下の基準で入力する。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→10.へ進む |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Grade 3以上の有害事象（**非血液毒性**）
 | [ ] なし　→12.へ進む[ ] あり　→11.へ進む [ ] 不明　→12.へ進む |
| 1. Grade 3以上の有害事象（**非血液毒性**）の内容
 | 有害事象名1：発現日：(西暦) 　　　　年　　月　　日グレード：[ ] Grade 3 [ ]  Grade 4 [ ]  Grade 5 [ ] 不明有害事象名2：発現日：(西暦) 　　　　年　　月　　日グレード：[ ] Grade 3 [ ]  Grade 4 [ ]  Grade 5 [ ] 不明有害事象名3：発現日：(西暦) 　　　　年　　月　　日グレード：[ ] Grade 3 [ ]  Grade 4 [ ]  Grade 5 [ ] 不明有害事象名4：発現日：(西暦) 　　　　年　　月　　日グレード：[ ] Grade 3 [ ]  Grade 4 [ ]  Grade 5 [ ] 不明有害事象名5：発現日：(西暦) 　　　　年　　月　　日グレード：[ ] Grade 3 [ ]  Grade 4 [ ]  Grade 5 [ ] 不明→12.へ進む |
| 1. 転帰
 | 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　　日死因：[ ] 原病死 [ ]  他部位のがん死 [ ] 他病死 [ ] 不明 |

ご協力ありがとうございました。