**がんゲノムプロファイリング検査**

院外用

**エキスパートパネル後・化学療法情報提供書**

・エキスパートパネル後の治療状況を記載して下さい。

・エキスパートパネルで提示された治療薬を投与した場合はその詳細を記載してください。

・レジメン数が多いときは、３ページ目をコピーしてお使い下さい。

**患者氏名**：　　　　　　　　　　　　　　　　　　**※必須**

**C-CAT登録ID**：EC00XXXXXX or KN0000XXXX　**※必須**

**エキスパートパネル開催日：　　　年　　月　　日　※必須**

**エキスパートパネルで新規治療薬の提示：　□あり　　□なし　※必須**

**提示された治療薬を投与したか（他院を含む）**

**□投与した　　□投与しなかった　　□不明　※必須**

上記で「投与しなかった」を選択した理由

□提示された治療薬以外の化学療法を行った

□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

□患者の経済的事情により化学療法ができなかった

□患者の全身状態不良により化学療法ができなかった

□患者が化学療法を希望しなかった　　　□死亡　　　□その他・不明

**提示された治療薬を投与したときの詳細**

**EP後治療・レジメン番号：１**

レジメン名　[　　　　　　　]

①治療方針（何れかをチェックして下さい）

　□治験　□先進医療B　□患者申出療養　□その他の適応外他　□適応内　□BSC

②実施施設（何れかをチェックして下さい）

　□自施設　□他施設

③薬剤（複数ある場合すべて記載して下さい）

　薬剤1：　一般名（　　　　　　　　　　）　商品名（　　　　　　　　　　　）

　薬剤２：　一般名（　　　　　　　　　　）　商品名（　　　　　　　　　　　）

　薬剤３：　一般名（　　　　　　　　　　）　商品名（　　　　　　　　　　　）

…

④レジメン内容変更情報

⑤投薬開始日：20　　年　　月　　日

　以下の何れかをチェックして下さい

　□継続　　□終了→投薬終了日：20　　年　　月　　日

　終了理由

　□計画通り　□無効中止　□副作用等　□本人希望　□死亡　□その他　□不明

⑥最良総合効果（何れかをチェックして下さい）

　□CR　□PR　□SD　□PD　→効果判定日：20　　年　　月　　日

　□NE

⑦血液毒性を除くGrade3以上有害事象の有無（何れかをチェックして下さい）

　□Grade3以上なし

　□Grade3以上あり

　　1) 有害事象名：

　　 事象確認日：20　　年　　月　　日

　　2) 有害事象名：

　　 事象確認日：20　　年　　月　　日

**EP後治療・レジメン番号：**

レジメン名　[　　　　　　　]

①実施目的（何れかをチェックして下さい）

　□治験　□先進医療B　□患者申出療養　□その他の適応外他　□適応内　□BSC

②実施施設（何れかをチェックして下さい）

　□自施設　□他施設

③薬剤（複数ある場合すべて記載して下さい）

　薬剤1：　一般名（　　　　　　　　　　）　商品名（　　　　　　　　　　　）

　薬剤２：　一般名（　　　　　　　　　　）　商品名（　　　　　　　　　　　）

　薬剤３：　一般名（　　　　　　　　　　）　商品名（　　　　　　　　　　　）

…

④レジメン内容変更情報

　　・

⑤投薬開始日：20　　年　　月　　日

　以下の何れかをチェックして下さい

　□継続中　　□終了→投薬終了日：20　　年　　月　　日

　　終了理由

　　□計画通り　□無効中止　□副作用等　□本人希望　□死亡　□その他　□不明

⑥最良総合効果（何れかをチェックして下さい）

　□CR　□PR　□SD　□PD　→効果判定日：20　　年　　月　　日

　□NE

⑦血液毒性を除くGrade3以上有害事象の有無（何れかをチェックして下さい）

　□Grade3以上なし

　□Grade3以上あり

　　1) 有害事象名：

　　 事象確認日：20　　年　　月　　日

　　2) 有害事象名：

　　 事象確認日：20　　年　　月　　日