

SGSG-005「子宮頸部非扁平上皮癌(Ib2-II期)に対する術前化学療法としての

Docetaxel + Carboplatin併用療法の有効性及び安全性に関する検討(第II相試験)」登録連絡票

SGSG事務局:鳥取大学産婦人科学教室内

FAX:0859-38-6649

TEL:0859-38-6647

施設名		担当医師名	
施設電話番号	— —	施設FAX番号	— —
患者イニシャル	姓) 名)	施設登録番号	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
身長・体重	cm kg	対表面積	m ²
Docetaxel投与予定量	60mg/m ² (mg/body)	Carboplatin投与予定量	AUC 6 (mg/body)
同意取得日	年 月 日	投与開始予定日	年 月 日

適格基準

1. 組織学的確定診断が得られた子宮頸部非扁平上皮癌の症例ですか	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
2. MRIで計測可能な Ib2期あるいは最長径(一方向)20mm以上の病変を有する II期の初発症例ですか	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
3. 手術完遂可能と予測される症例ですか	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
4. Performance Status (ECOG)が0~1の症例ですか	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
5. 年齢20歳以上、75歳未満の症例ですか	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
6. 主要臓器(骨髄、肝、腎)などの機能が保持されている症例ですか	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
a) 好中球数:2,000/mm ³ 以上	_____ /mm ³	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
b) 血小板数:100,000/mm ³ 以上	_____ /mm ³	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
c) 血色素量:9.0g/dl以上	_____ g/dl	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
d) GOT:100U/l以下	_____ U/l	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
e) GPT:100U/l以下	_____ U/l	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
f) 総ビリルビン:1.5mg/dl以下	_____ mg/dl	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
g) ALP:750U/l (25K-AU)以下	_____ U/l(K-AU)	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
h) クレアチニン:1.5mg/dl以下	_____ mg/dl	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
i) 心電図:治療を要さない範囲内の所見		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
7. 投与開始日より3ヶ月以上の生存が期待される症例ですか	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
8. 本試験の参加について被験者本人の同意が文書にて得られた症例ですか	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

除外基準

1. 38.0℃以上の発熱はない	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
2. 感染症を有する症例ではない。または白血球12,000/mm ³ 以上の症例ではない	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
3. 重篤な合併症(心疾患[うっ血性心不全]やコントロール不良の狭心症や不整脈、3ヶ月以内の心筋梗塞の既往、コントロール困難な糖尿病および高血圧、間質性肺炎や肺線維症)はない	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
4. Grade 2以上の神経障害はない	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
5. Grade 2以上の浮腫はない	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
6. 活動性の重複癌はない	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
7. 排液を必要とする胸水、腹水、心嚢液貯留はない	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
8. 本治療剤(タキソテル注及びパププラチン注)及びポリソルベート80に対する過敏症の既往はない	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
9. タキサン系薬剤の治療歴はない	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
10. その他、試験責任医師または試験分担医師が不適当と判断した症例ではない	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

登録センター使用欄

新規

登録センター受付日

適格基準

登録センター受付担当者

除外基準