

鳥取大学産婦人科学教室(事務局)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)		患者ID		
生年月日	年	月	日	年齢	歳
身長・体重	cm	kg		対表面積	m ²
DOXIL投与予定量	mg/body (40, 50 mg/m ²)				
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Mullerian Carcinoma(上皮性卵巣癌, 原発性卵管癌または腹膜癌)症例	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ				
2. 最終化学療法日から12カ月未満の増悪に対してリポソーム化ドキシソルピシンを使用する症例	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ				
3. 登録時年齢20歳以上	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ				
4. Performance Status (ECOG)が0~2の症例	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ				
5. 主要臓器(骨髄機能、肝機能、心機能)などの機能が保持されている症例	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ				
a) 白血球数:12,000/mm ³ 未満	_____	/mm ³	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ		
b) 好中球数:1,500/mm ³ 以上	_____	/mm ³	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ		
c) ヘモグロビン:9.0g/dl以上	_____	g/dl	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ		
d) 血小板数:100,000/mm ³ 以上	_____	/mm ³	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ		
e) AST, ALT:100 IU/L以下(明らかな肝転移は150 IU/L以下)	AST: _____	IU/L	ALT: _____	IU/L	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ
f) 血清ALP:750 IU/L以下	_____	IU/L	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ		
g) 総ビリルビン:1.2mg/dl以下	_____	mg/dl	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ		
h) 血清クレアチニン:1.5mg/dl以下	_____	mg/dl	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ		
i) 心エコー:LVEF値≥50%			<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ		
j) 心電図:正常または無症状かつ治療を必要としない程度			<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ		
6. 投与開始日より4ヶ月以上の生存が期待される症例	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ				
7. 本試験の参加に関して被験者本人からの同意が文書にて得られている症例	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ				

【除外基準】

1. 38.0℃以上の発熱(腋下温)はない	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ
2. 明らかな感染症を有する症例ではない	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ
3. 重篤な合併症(心疾患やコントロール不良の狭心症や不整脈、登録90日以内の心筋梗塞ならびに狭心症発作既往、コントロール不良な糖尿病、高血圧症、高カルシウム血症)はない	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ
4. 持続的排液を必要とする胸水、腹水、心嚢液貯留はない	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ
5. 前治療としてアントラサイクリン系薬剤の治療を受けていない	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ
6. 症状のある脳転移、あるいはステロイド剤・抗浮腫薬等の投与を必要とする脳転移はない	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ
7. ドキシソルピシン塩酸製剤または本試験薬の構成成分に対する過敏症の既往はない	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ
8. 妊婦、授乳婦、妊娠の意思のある症例ではない	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ
9. 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"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ
10. 本試験登録前に既に口内炎を発症している症例ではない	<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ

登録センター使用欄

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

新規