

トレーシングレポート

TAS102 (オンサーフ®) ±Bmab

注意) この用紙は疑義照会には使えません。
 医師への疑義照会、緊急報告などは電話で行ってください。



大阪国際がんセンター
 DI室 がん薬薬連携窓口
 FAX 06-6945-1290

報告日 _____年____月____日

患者ID			
患者名	様		
診療科・医師名	科	先生	
処方箋発行日	年	月	日

保険薬局名	
保険薬局TEL	
保険薬局FAX	
薬剤師名	

※患者よりFAX送信の同意を 得た 得ていない (以下、該当項目に)

有害事象があればチェックして下さい (聞き取り _____年____月____日 時点)

有害事象	Grade	CTCAE v5.0による評価 (*)
悪心	<input type="checkbox"/> 1	摂食習慣に影響のない食欲低下
	<input type="checkbox"/> 2	顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少
	<input type="checkbox"/> 3	カロリーや水分の経口摂取が不十分/経管栄養、TPN、入院を要する
食欲不振	<input type="checkbox"/> 1	摂食習慣の変化を伴わない食欲低下
	<input type="checkbox"/> 2	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂取量の減少/経口栄養剤による補充を要する
	<input type="checkbox"/> 3	顕著な体重減少または栄養失調を伴うほど経口摂取が不十分/静脈内輸液、経管栄養やTPNを要する
下痢	<input type="checkbox"/> 1	普段と比べて1日に1~3回までの排便回数増加
	<input type="checkbox"/> 2	普段と比べて1日に4~6回の排便回数増加/身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> 3	普段と比べて1日に7回以上の排便回数増加/身の回りの日常生活動作の制限

有害事象	Grade	CTCAE v5.0による評価 (*)
嘔吐	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない
	<input type="checkbox"/> 2	外来での静脈内輸液を要する/内科的治療を要する
	<input type="checkbox"/> 3	経管栄養、TPN、入院を要する
疲労	<input type="checkbox"/> 1	休息すると軽快する
	<input type="checkbox"/> 2	休息しても軽快しない/身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> 3	休息しても軽快しない/身の回りの日常生活動作の制限
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> 1	症状がない/軽度の症状/治療を要さない
	<input type="checkbox"/> 2	経口摂取に支障がない中等度の疼痛・潰瘍/食事の変更を要する
	<input type="checkbox"/> 3	高度の疼痛/経口摂取に支障がある

ペバシズマブ併用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
出血	<input type="checkbox"/> 持続する鼻出血・歯茎からの出血
	<input type="checkbox"/> 血便・血尿が出る

高血圧	<input type="checkbox"/> 1	収縮期120-139mmHgまたは拡張期80-89mmHg
	<input type="checkbox"/> 2	収縮期140-159mmHgまたは拡張期90-99mmHg
	<input type="checkbox"/> 3	収縮期≥160mmHgまたは拡張期≥100mmHg

※Grade2以下の場合 必要に応じてトレーシングレポートをFAX送信 (※)「有害事象共通用語規準 v5.0日本語訳JCOG版」一部改変

Grade3以上の場合 病院へ電話連絡 受診勧奨 → どちらかを実施の上FAX送信

特記事項 (薬局→病院) 減量または休薬を提案します 服用状況報告 その他

特記事項 (病院→薬局) 内容を確認しました 医師に報告しました その他

担当薬剤師

