

前立腺がん内分泌療法パス NO.1 (医療者用)

計画策定病院 (A) *緑の部分にご記入ください				
病院名 (A)	市立豊中病院			
住所	大阪府 豊中市 柴原町4-14-1			
電話	06-6858-3597			
主治医				
カルテ番号				
フリガナ				
患者氏名				
生年月日				
前立腺生検				
検査日				
生検時PSA				ng/dl
陽性本数	右		/	
	左		/	
GS		+		=
臨床病期	cT			
	N			
	M			
Stage(A.B.C.D)				
ホルモン療法				
先行療法 (あり・なし)				
抗男性ホルモン剤開始日				
LH-RHアナログ開始日				
連携医療機関 (B)				
特記事項				

前立腺がん内分泌療法パス NO.2 (医療者用)

連携医療機関

患者ID :

患者氏名 :

説明医

印

PSA目標				年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
■前立腺全摘出術後0.2ng/ml以下、放射線治療後2.0ng/ml以下、() ng/ml以下 ■専門医への再受診の目安：PSAが管理目標値以上、または、治療継続困難な症状や副作用が見られた場合													
注射	リュープリン	3.75	mg										
	リュープリンSR	11.25	mg										
	ゾラデックス	3.6	mg										
	ゾラデックスLA	10.8	mg										
	デガレリクス	240	mg										
	デガレリクス	80	mg										
内服	カソデックス	80	mg	1錠									
	ビカルタミド	80	mg	1錠									
	オダイン	3錠											
	エストラサイト	4Cap											
	プロスタール	4錠											
その他	項目	管理目標の範囲											
	PSA	最上段の目標参照											
	AST	正常上限の3倍 *1											
	ALT	正常上限の3倍 *1											
	ALP	正常上限の2.5倍 *1											
	Cr												
	ほてり・発汗	軽度											
	乳房のしこり	軽度											
	尿もれ	軽度											
	排尿困難	軽度											
体重増減	前回より±1kg以内												
特記事項													

*1 この許容範囲はCTCAEv4.0のgrade1です。

前立腺がん内分泌療法パス（患者様用）

連携医療機関

患者ID : <<SYPID>> 患者氏名 :

説明医

印 患者様署名

印

PSA目標				■前立腺全摘出術後0.2ng/ml以下、放射線治療後2.0ng/ml以下、() ng/ml以下 ■専門医への再受診の目安：PSAが管理目標値以上、または、治療継続困難な症状や副作用が見られた場合										
				年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
注射	リュープリン	3.75	mg											
	リュープリンSR	11.25	mg											
	ゾラデックス	3.6	mg											
	ゾラデックスLA	10.8	mg											
	デガレリクス	240	mg											
	デガレリクス	80	mg											
内服	カソデックス	80	mg	1錠										
	ビカルタミド	80	mg	1錠										
	オダイン	3錠												
	エストラサイト	4Cap												
	プロスターール	4錠												
その他	項目	管理目標の範囲												
	PSA	最上段の目標参照												
	AST	正常上限の3倍 *1												
	ALT	正常上限の3倍 *1												
	ALP	正常上限の2.5倍 *1												
	Cr													
	ほてり・発汗	軽度												
	乳房のしこり	軽度												
	尿もれ	軽度												
	排尿困難	軽度												
	体重増減	前回より±1kg以内												
	気になる点 相談したい点 をご記入ください													

*1 この許容範囲はCTCAEv4.0のgrade1です。