島根大学CAR-T細胞療法依頼申請書(ver. 3) 依頼元施設：

 　　 連絡医師：　　　　　　 記載年月日：

患者年齢　　　　歳　　性別（男・女）

患者イニシャル　　　・　　　（イニシャル記載不可の施設はX・Xとして下さい。）

患者ID 　　　　　 　　　 （実ID記載不可の施設は、001などのUPNを使用して下さい。）

CAR-T細胞療法ICの有無（有・無）

 （島根大学書式の同意書を取得し、FAXで送付してください。無の場合は、実施できません。）

診断　　　　　　　　　　　　　　疾患の状態：第　　　　　　期・寛解導入不応

現在のPS 　現在の残存病変部位

現在の臓器機能障害（有・無） 有の場合、具体的に

リンパ腫発症時データ　（診断日 ）

　　　病期　　　　　LDH IU/L　 PS 節外病変数

　　　主な病変部位

初回治療レジメン 　　　　　　　　　 コース数 　　　治療反応（CR・PR・SD・PD・UE）

二次治療レジメン 　　　　　　　　　 コース数 　　　治療反応（CR・PR・SD・PD・UE）

三次治療レジメン 　　　　　　　　　 コース数 　　　治療反応（CR・PR・SD・PD・UE）

（移植は1レジメンとして記載して下さい。足りない場合は、行をコピーして増やしてください。）

移植歴（有・無） （複数回移植歴がある場合は、下記情報をコピーして移植毎に記載して下さい。）

有の場合：　細胞源（同種・自家）（骨髄・末梢血・さい帯血）　移植日

移植時期：第　　　　　　期・寛解導入不応　移植前処置

治療に関する特記事項（治療中の合併症等。Doseの減量や治療期間の延期を要した場合は、

減量幅や延期期間、その理由も記載してください。）

その他、特記事項

上記を記載して、FAX （0853-20-2525）およびメールで送して下さい。個人情報の扱いにご注意下さい。

【適応判定用】（島根大学側で記入します）

上記症例　　　　　　　　　のCAR-T細胞療法（キムリア）の実施に関し、以下のように判断します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 適正使用委員会判定委員 | 可否 | 判定日 | 備考 |
| 鈴木律朗 | （可・不可） |  |  |
| 竹谷　健 | （可・不可） |  |  |
| 高橋　勉 | （可・不可） |  |  |
| 井上政弥 | （可・不可） |  |  |
| 岡田隆宏 | （可・不可） |  |  |
| （外部委員）三宅隆明 | （可・不可） |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | 主治医のため、判定留保 |

※原則として、T細胞採取（アフェレシス）一ヶ月前までに適応判定を得ること。

　（院内実施マニュアル参照）