

SGSG-008/TGCU「再発危険因子を有する子宮頸部非扁平上皮癌に対する術後補助療法としての
タキサン製剤とカルボプラチン併用化学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

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)	患者特定番号	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
身長・体重	cm kg	対表面積	m ²
<input type="checkbox"/> Paclitaxel 投与予定量	mg/m ² (mg/body)	Carboplatin投与予定量	AUC 6 (mg/body)
<input type="checkbox"/> Docetaxel 投与予定量	mg/m ² (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. Ib期-II期の初発症例ですか	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
3. 術後再発危険因子(リンパ節転移陽性または子宮傍組織浸潤陽性)を有する症例ですか	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
4. Performance Status (ECOG)が0~2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) クレアチニン:1.2mg/dl以下	_____ mg/dl	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
h) クレアチニン・クリアランス:50ml/min以上	_____ ml/min	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
h) 心電図:正常または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、管理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. 活動性の重複癌はない	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
5. 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"/> Yes	<input type="radio"/> No
6. Grade 2以上の神経障害(運動性・知覚性)はない	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
7. Grade 2以上の浮腫(四肢)はない	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
8. 本治療剤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. 術前化学療法は施行していない	<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

登録センター受付担当者

適格基準

除外基準