ルタテラ治療に紹介の際に提供していただく情報

–ルタテラ治療は一般使用成績調査（全例調査）の対象となるため、下記の診療情報が必要です。お手数をおかけしますが、ご協力くださるようお願いします。–

福島県立医科大学附属病院核医学科

患者名 （ ）

身長 （　　 　. cm） 体重　（ . kg）

PS　 （　　0　　　1 　2 　 3 　 4 　 ）

１．患者背景

１）NENに関する遺伝性疾患： 無 有（　MEN1　　VHL　　NF1　　TSC　）

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２）合併症： 腎疾患（　無 有　）、血液疾患（　無 　有　）

３）既往歴： 腎疾患（　無 有　　不明　）、血液疾患（　無 　有　　不明　）

４）副作用歴・アレルギー歴： 無 有

医薬品

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品名 | 副作用名 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |

医薬品以外

|  |  |
| --- | --- |
| 原因物質名 | 症状 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |

５）NENの原発部位：下記から選択してください

□　膵

□　消化管： □　食道 □　胃

 □　十二指腸 □　空腸・回腸

 □　虫垂 □　上行結腸

 □　横行結腸 □　下行結腸・S状結腸

 □　直腸

□　肺 □　気管支

　 □　胸腺

□　原発不明

□　その他（疾患名：　　　　 　 　　　　 ）

６）NENの初回診断日： 年 月 日　　　 不明

７）転移：　無 有：下記から選択してください

□　リンパ節　 □　肝 □　骨

□　肺　 □　脳 □　皮膚

□　腹膜　 □　その他（　　　　　　　 ）

８）機能性・非機能性の区分 機能性（腫瘍の種類： ）

非機能性

９）病理検査の実施： 無　　有

 検体採取部位： 原発部位　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

 転移部位　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

 検体採取日： 年 月 日　　　 不明

 　核分裂像： /10HPF 判定不能 データなし

 　Ki-67指数： 　　　　％　　 判定不能　 データなし

 　壊死：　なし　　部分的　　広範囲　　判定不能 データなし

 　WHO分類：下記から選択してください（添付5.2参照）

 　　＜膵または消化管＞

 □　NET G1 □　NEC：□　小細胞型　　□　大細胞型

 □　NET G2 □　MiNEN

 □　NET G3 □　その他（ 　　 　　　　　　　　）

＜肺または胸腺＞

 □　定型カルチノイド □　小細胞癌

 □　異型カルチノイド □　大細胞神経内分泌癌

 □　その他（ 　　　　）

２．ソマトスタチン受容体の確認結果

1. ソマトスタチン受容体イメージング＃（画像とレポートを提供くだされば記載は不要）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | ソマトスタチン受容体イメージング | 免疫組織化学染色 |
| 　 | □オクトレオスキャン　□その他 | SSTR2 |
| 投与日・検体採取日 | 20　　年　　月　　日 | 20　　年　　月　　日 |
| 部位 | 集積スコア＃ | 腫瘍切除済＄ | SSTR2スコア＊ |
| 原発部位（　　　　　　） | 0 / 1 / 2 / 3 / 4 | 　□　 | 0 / 1 / 2 / 3 |
| 原発部位（　　　　　　） | 0 / 1 / 2 / 3 / 4 | 　□　 | 0 / 1 / 2 / 3 |
| 転移部位（　　　　　　） | 0 / 1 / 2 / 3 / 4 | 　 | 0 / 1 / 2 / 3 |
| 転移部位（　　　　　　） | 0 / 1 / 2 / 3 / 4 | 　 | 0 / 1 / 2 / 3 |
| その他（　　　　　　　） | 0 / 1 / 2 / 3 / 4 | 　□　 | 0 / 1 / 2 / 3 |

＃集積スコア（添付5.4参照）：

＄腫瘍切除済（集積スコアが0または1の場合）

＊SSTR2スコア（添付5.5参照）

３．その他の画像診断結果（CT、MRI等）＃（画像とレポートを提供くだされば記載は不要）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査腫 | □　CT | □　MRI | □ FDG-PET | □その他 |
| 検査実施日 | 20　 年　 月　 日 | 20　　年　 月　 日 | 20　　年　 月　 日 | 20　　年　 月　 日 |
| 　 | 異常所見部位（腫瘍ありの部位を選択） |
| 原発部位（　　　　　　　　　　） | 　□　 | 　□　 | 　□　 | 　□　 |
| 原発部位（　　　　　　　　　　） | 　□　 | 　□　 | 　□　 | 　□　 |
| 転移部位（　　　　　　　　　　） | 　□　 | 　□　 | 　□　 | 　□　 |
| 転移部位（　　　　　　　　　　） | 　□　 | 　□　 | 　□　 | 　□　 |
| その他（　　　　　　　　　　） | 　□　 | 　□　 | 　□　 | 　□　 |
| 異常所見なし | 　□　 | 　□　 | 　□　 | 　□　 |

４．NENの治療歴 無

 有：下記から選択、ご記入ください

□　手術

□　TAE □　TACE

□　PRRT（投与回数： ）

 □　外照射（部位： 　 　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| □　ソマトスタチンアナログ治療薬 |  |
| 　 | 一般名（製品名） | 投与期間 |
| 1 | □　オクトレオチド酢酸塩 | 20　　年　　月　　日 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　投与開始日不明 |
| 　　　徐放性　　　徐放性以外 | ～ |
| □　ランレオチド酢酸塩 | 20　　年　　月　　日 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 | □　投与終了日不明 |
| 2 | □　オクトレオチド酢酸塩 | 20　　年　　月　　日 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　投与開始日不明 |
| 　　　徐放性　　　徐放性以外 | ～ |
| □　ランレオチド酢酸塩 | 20　　年　　月　　日 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 | □　投与終了日不明 |
| □　その他の神経内分泌腫瘍治療薬 |  |
| 　 | 一般名（製品名） | 投与期間 |
| 1 | 　 | 　　　年　　月　　日 |
| 　　　　　　　　　　　　　　 | □　投与開始日不明 |
|  | ～ |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 | 　　　年　　月　　日 |
| □　投与終了日不明 |
| 2 |  | 　　 年　　月　　日 |
|  | □　投与開始日不明 |
|  | ～ |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 | 　　　年　　月　　日 |
| □　投与終了日不明 |

５．上記治療の効果（今回の治療開始直前の状態）

* 腫瘍サイズ・個数の明らかな減少（治療効果あり）
* 腫瘍サイズ・個数の明らかな変化なし（不変）
* 腫瘍サイズの明らかな増大あるいは新病変の出現（悪化）

６．ルタテラ治療と併用するNEN治療薬 無

 有：下記にご記入ください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 一般名（製品名） | 投与期間 |
| 1 | □　オクトレオチド酢酸塩 | 20　　年　　月　　日 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　投与開始日不明 |
| 　　　徐放性　　　徐放性以外 | 　 |
| □　ランレオチド酢酸塩 | ～ |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 　 |
| □　その他の神経内分泌腫瘍治療薬 | 20　　年　　月　　日 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 | □　投与終了日不明 |
| 2 | □　オクトレオチド酢酸塩 | 20　　年　　月　　日 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　投与開始日不明 |
| 　　　徐放性　　　徐放性以外 | 　 |
| □　ランレオチド酢酸塩 | ～ |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 　 |
| □　その他の神経内分泌腫瘍治療薬 | 20　　年　　月　　日 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）　 | □　投与終了日不明 |

＃ソマトスタチン受容体イメージング、その他の画像診断（CT、MRI等）は、画像とレポートを提供くだされば記載は不要です。未実施の場合は当院核医学科で実施します。





