

《ルタテラ治療後の情報提供のお願い》

1. PRRT後の維持療法
※PRRT後に無治療経過観察の場合→維持療法は無、増悪前にソマトスタチンアナログを開始した場合→有に該当します。
1). 今回のPRRT治療後の維持療法 (有 ・ 無)
・有の場合、下記にご記入ください。
NEN治療薬：一般名 []
投与期間
年 月 日開始 ～ 年 月 日最終投与
2. PRRT後の治療
1) 治療の有無 (有 ・ 無)
・有の場合、下記から選択してください。
(手術 ・ TAE ・ TACE ・ 外照射 ・ 薬物治療 ・ その他)
※PRRT後に維持療法を行った場合、維持療法から別の薬物に変更した時点で「PRRT後の薬物治療」を開始したと判断します。
・手術の場合、切除部位 []
・外照射の場合、部位 []
・その他の場合、治療名 []
・薬物治療を行った場合、下記にご記入ください。
1) PRRT後の薬物治療
治療名 []
治療期間
年 月 日開始 ～ 年 月 日最終投与
2) PRRT後の薬物治療
治療名 []
治療期間
年 月 日開始 ～ 年 月 日最終投与
3) PRRT後の薬物治療
治療名 []
治療期間
年 月 日開始 ～ 年 月 日最終投与
4) PRRT後の薬物治療
治療名 []
治療期間
年 月 日開始 ～ 年 月 日最終投与
5) PRRT後の薬物治療
治療名 []
治療期間
年 月 日開始 ～ 年 月 日最終投与
※行が不足する場合、適宜行を追加してください。
3. PRRT後の有害事象

カルチノイドクリーゼの有無 (有 ・ 無) (発症		年	月	日)
Grade3以上の有害事象の有無		Grade3以上のAE出現日		
白血球減少	(有 ・ 無)	(	年	月 日)
好中球数減少	(有 ・ 無)	(	年	月 日)
発熱性好中球減少症	(有 ・ 無)	(	年	月 日)
リンパ球数減少	(有 ・ 無)	(	年	月 日)
貧血	(有 ・ 無)	(	年	月 日)
血小板数減少	(有 ・ 無)	(	年	月 日)
クレアチニン増加	(有 ・ 無)	(	年	月 日)
食欲不振	(有 ・ 無)	(	年	月 日)
下痢	(有 ・ 無)	(	年	月 日)
嘔気	(有 ・ 無)	(	年	月 日)
嘔吐	(有 ・ 無)	(	年	月 日)
高血糖	(有 ・ 無)	(	年	月 日)
AST増加	(有 ・ 無)	(	年	月 日)
ALT増加	(有 ・ 無)	(	年	月 日)
GGT増加	(有 ・ 無)	(	年	月 日)
その他→[		(	年	月 日)
※行が不足する場合、適宜行を追加してください。				
4. PRRT後の治療効果				
1) PRRT後の最良効果判定		最良効果判定日		
(CR ・ PR ・ SD ・ PD ・ NE)		(	年	月 日)
2) PRRT後に初めて病勢増悪を確認した日		(	年	月 日)
効果判定 (PD ・ NE)				
※CT・MRI等の画像をお送りください。				
※画像以外で病勢増悪と判断した場合、下記にご記入ください。				
[				
3) 最終生存確認日		(	年	月 日) (生存 ・ 死亡)
・ 死亡原因 (現病死 ・ その他 → 診断名[				
5. その他				
1) 御要望や御質問、気が付いたこと等ございましたら、自由にご記入下さい。				

御協力下さり、誠にありがとうございました。