

KCOG-G1904 症例登録・適格性確認票

登録票送信先：大阪医科大学 産婦人科 藤原聡枝 宛

FAX: 072-684-1422

記載日：西暦 年 月 日 記載者氏名： _____
 施設名： _____ 担当医氏名： _____
 連絡先電話番号： _____ 連絡先 FAX 番号： _____
 メールアドレス： _____

患者イニシャル：(姓) _____ (名) _____ 生年月日：西暦 年 月 日
 被験者識別コード： _____

リムパーザ投与開始日：西暦 年 月 日
 人參養榮湯投与開始日：西暦 年 月 日
 文書による同意取得日：西暦 年 月 日

	適格基準	適格	不適格
1	臨床的または病理組織学的に卵巣癌、卵管癌、腹膜癌と診断されている	はい	いいえ
2	生殖細胞系列 BRCA 変異を有する卵巣癌初回治療後の維持療法として、あるいはプラチナ感受性再発卵巣癌に対する維持療法として、リムパーザ®を新たに処方開始する、または処方開始 3 か月以内の症例	はい	いいえ
3	疲労・倦怠感・食欲不振・貧血（CTCAE v5.0 で grade1 以上）を認める症例	はい	いいえ
4	本研究への参加にあたり十分なインフォームド・コンセントの後に、患者本人の自由意思による文書同意が得られている	はい	いいえ

	除外基準	適格	不適格
1	人參養榮湯に対するアレルギーを有する	いいえ	はい
2	現在または直近（本プロトコル治療開始前 30 日以内）に、治験薬（未承認薬含む）を投与中である、または投与されている	いいえ	はい
3	研究責任医師または研究分担医師が研究対象者として不適当と判断した症例	いいえ	はい

*適格基準、除外基準については、プロトコルもご参照ください。

*****以下は登録後、返信の際に記入いたします*****

症例登録番号は、 _____ です。
 よろしくをお願いします。