

がん遺伝子パネル検査実施における症例情報 (肺)

項目	記入、もしくは該当項目に○をつけてください。			
記載医師名				
病院名				
問い合わせ先 (メールアドレス)	@			
患者氏名				
生年月日	西暦	年	月	日生
「がん」と診断する根拠となった検査実施日	西暦	年	月	日
C-CAT登録歴	あり / なし C-CAT登録ID (10桁) :			
EGFR検査結果	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査			
陽性の場合 type :	G719 / exon-19欠失 / S768I / T790M exon-20挿入 / L858R / L861Q / その他 / 不明			
検査方法	CovasV2 / Therascreen / その他 / 不明			
EGFR-TKI耐性後EGFR-T790M	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査			
ALK融合検査結果	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査			
検査方法	IHCのみ / FISHのみ / IHC+FISH / RT-PCRのみ / RT-PCR+FISH / その他 / 不明			
ROS1検査結果	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査			
BRAF(V600)検査結果	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査			
PD-L1(IHC)検査結果	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査			
陽性の場合 陽性率 :	% (例 : 30、60-80)			
検査方法	Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) / その他 Pembrolizumab/Dako22C3(Merck) / 不明			
アスベスト暴露歴	なし / あり / 不明			
重複がん有無 (異なる臓器)	なし / あり / 不明			
ありの場合 : 原発部位				
病理診断名				
活動性	活動性 / 非活動性 / 不明			
多発がん有無 (同一臓器)	なし / あり / 不明			
ありの場合 : 原発部位				
活動性	活動性 / 非活動性 / 不明			
登録時転移の有無	なし / あり / 不明			
ありの場合 : 部位				

* 治療ラインごとにコピーして記入してください。

治療ライン	次 治療		
実施目的	術前補助療法 / 術後補助療法 / 根治 / 緩和 / その他		
実施施設	自施設 / 他施設		
レジメン名 (アルファベット)			
薬物療法に使用した薬剤 *一般名の記載のみ必須となりましたが、後発品を区別したいのでできる限り商品名の記載をお願いします。	商品名	一般名	
薬剤投与開始後のレジメン変更情報 (ある場合に記入)			
薬剤投与開始日	西暦	年	月 日
薬剤投与終了について	終了 / 継続中		
終了の場合：終了年月日	西暦	年	月 日
終了理由	計画通り終了 / 無効中止 / 副作用等で中止/ 本人希望により中止 / その他理由で中止 / 不明 (上記に該当せず、中止理由が不明)		
最良総合効果	CR / PR / SD / PD / NE		
治療開始後に発生した非血液毒性の有害事象について	G3以上なし / G3以上あり / 不明		
ありの場合	発症年月日	CTCAE v 5.0有害事象	最高Grade
* Gradeはその有害事象発症から回復・改善までの最悪Gradeについて選択。 * G3以上であることは明白だが不明の場合は、「不明」を選択する。			