

③

トルカプ F-Oneコンパニオン診断プログラム 適格連絡票

紹介元医療機関の 患者番号	※ 貴院での患者番号(診察券の患者番号)を記入して下さい。				
患者氏名					
生年月日	大・昭・平	年	月	日	性別 男・女

本プログラム参加については、患者が以下の A 選択基準をすべて満たし、かつ B 除外基準のいずれにも該当しない事が条件となります。

A 【選択基準】

はい	いいえ	
☐	☐	本プログラムの参加に同意した患者
☐	☐	閉経前及び／又は閉経後の成人女性患者、ならびに成人男性患者
☐	☐	ホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌患者
☐	☐	画像診断又は客観的エビデンスによる再発又は病勢進行を伴う転移性癌若しくは治癒切除不能な局所進行癌(直近の治療中又は治療後に病勢進行が認められていること)を有する患者
☐	☐	内分泌療法歴があり、以下に該当する患者 ➢ 術前／術後内分泌療法中、又は終了後12ヶ月以内に乳癌の再発又は病勢進行が認められた患者 ➢ 局所進行(手術不能)又は転移乳癌に対する内分泌療法中に病勢進行が認められた患者
☐	☐	経口剤が嚥下でき、経口投与を継続できる患者

B 【除外基準】

はい	いいえ	
☐	☐	医師が最善の判断に基づき、内分泌療法が不適切となる疾病深負荷(短期間で生命を脅かす可能性がある症候性内臓疾患等)を有する患者
☐	☐	添付文書より、トルカプの使用が適切でないと考えられる患者 例)1型糖尿病又はインスリンの投与を必要とする2型糖尿病患者及び HbA1c $\geq$ 8.0%の患者
☐	☐	局所進行(手術不能)又は転移乳癌に対する3ライン以上の内分泌療法を受けた患者
☐	☐	局所進行(手術不能)又は転移乳癌に対する2ライン以上の化学療法を受けた患者

署名日： 年 月 日

※ 必ず、署名をお願い致します。

↓↓↓

医療機関名： _____

医師署名： _____