

前立腺がん地域連携クリティカルパス・千葉泌尿器科地域連携協議会版
『前立腺がん／前立腺全摘術後経過観察』
2009.10.21

施設A(専門施設)	
連絡先	
施設B(連携医療機関)	
連絡先	

患者氏名		生年 月日	T S H	年	月	日	特記 事項
------	--	----------	-------------	---	---	---	----------

治療 時 情 報	手術日	平成	年	月	日	パス 関 連 情 報	目標	PSA値 0.2ng/ml 未満 診療計画に沿って、定期的な検査が行える					
	術後病期	T	()	N	()		M	()	対象患者	<input type="checkbox"/> 前立腺全摘除術後			
	グリソンスコア								適応開始条件	<input type="checkbox"/> PSA0.2ng/ml未満 <input type="checkbox"/> 尿失禁の改善(パッド1日1枚程度)			
	術前PSA値		ng/ml	(検査日)	年		月	日	パス開始日	平成	年	月	日
	パス開始前PSA値		ng/ml	(検査日)	年		月	日	パスの説明と 同意日	平成	年	月	日
									パリアンス	PSA値 0.2ng/ml以上を超えて上昇			

*施設B:3か月毎にPSA測定		1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	以後も3か月毎に継続	
		年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月		
施設A	検査									
施設B	検査	PSA値	○	○	○	○	○	○	→	
		血液検査	○	○	○	○	○	○	→	
		尿検査	○	○	○	○	○	○	○	→
	臨床 症状	全身症状(PS)	○	○	○	○	○	○	○	→
		新たな症状の出現	○	○	○	○	○	○	○	→
備考	パリアンス発生時は連携医療機関より千葉県がんセンター地域医療連携室へ直接連絡。 直通:043-264-5633 *診療経過の共有は診療情報提供書を用いる。									