

広島市立北部医療センター安佐市民病院  
がん地域医療連携パス<前立腺がん>  
『前立腺がん／放射線治療後経過観察』

2022年5月改訂

|               |                                                                                                |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 連絡先           | 広島市立北部医療センター安佐市民病院 082-815-5211 担当医( )<br>診療情報提供および当該パス表のFAX送信先<br>医療支援センター 地域連携室 082-815-5691 |
| 連携医療機関<br>連絡先 |                                                                                                |

| 患者氏名 | 生年<br>月日 | 特記<br>事項 |
|------|----------|----------|
|------|----------|----------|

|       |           |                      |        |           |                                                                             |
|-------|-----------|----------------------|--------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 治療時情報 | 治療開始日     | 年 月 日                | パス関連情報 | 目 標       | PSA値 最低値+2.0ng/ml 未満 有害事象がない<br>診療計画に沿い定期的な検査が行える                           |
|       | 病期        | T( ) N( ) M( )       |        | 対象患者      | <input type="checkbox"/> 前立腺がん(T1～T3 N0 M0) <input type="checkbox"/> 放射線治療後 |
|       | グリソンスコア   |                      |        | 適応開始条件    | <input type="checkbox"/> PSA ナディアもしくは低下持続                                   |
|       | 治療開始前PSA値 | (検査日)<br>ng/ml 年 月 日 |        | パス開始日     | 年 月 日                                                                       |
|       | パス開始前PSA値 | (検査日)<br>ng/ml 年 月 日 |        | パスの説明と同意日 | 年 月 日                                                                       |
|       |           |                      |        | バリエーション   | PSA値 最低値+2.0ng/ml 以上を超えて上昇、有害事象の出現                                          |

| 放射線治療終了後                          |                                                                             |                    | 3ヵ月      | 6ヶ月    | 9ヶ月    | 1年       | 1年<br>3ヵ月 | 1年<br>6ヶ月 | 1年<br>9ヶ月 | 2年       | 2年<br>3ヵ月 | 2年<br>6ヶ月 | 2年<br>9ヶ月 | 3年       | 3年<br>3ヵ月 | 3年<br>6ヶ月 | 3年<br>9ヶ月 | 4年       | 4年<br>3ヵ月 | 4年<br>6ヶ月 | 4年<br>9ヶ月 | 5年       | 以後も<br>3ヶ月毎<br>に継続 |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|--------|--------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|--------------------|
| 医療機関                              |                                                                             |                    | 安佐市<br>民 | 連携医    | 連携医    | 安佐市<br>民 | 連携医       | 連携医       | 連携医       | 安佐市<br>民 | 連携医       | 連携医       | 連携医       | 安佐市<br>民 | 連携医       | 連携医       | 連携医       | 安佐市<br>民 | 連携医       | 連携医       | 連携医       | 安佐市<br>民 |                    |
| 受診日                               |                                                                             |                    | 年<br>月   | 年<br>月 | 年<br>月 | 年<br>月   | 年<br>月    | 年<br>月    | 年<br>月    | 年<br>月   | 年<br>月    | 年<br>月    | 年<br>月    | 年<br>月   | 年<br>月    | 年<br>月    | 年<br>月    | 年<br>月   | 年<br>月    | 年<br>月    | 年<br>月    | 年<br>月   |                    |
| バリアンス発生時の診療<br>(連絡先) 082-815-5211 |                                                                             |                    |          |        |        |          |           |           |           |          |           |           |           |          |           |           |           |          |           |           |           |          |                    |
| 連携先医療機関                           | 検査                                                                          | PSA値               | ○        | ○      | ○      | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | →                  |
|                                   |                                                                             | 血液検査               | ○        | ○      | ○      | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        |                    |
|                                   |                                                                             | 尿検査                | ○        | ○      | ○      | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        |                    |
|                                   | 臨床<br>症状                                                                    | 全身症状(PS)           | ○        | ○      | ○      | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        |                    |
|                                   |                                                                             | 直腸障害や<br>膀胱機能障害の出現 | ○        | ○      | ○      | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        |                    |
|                                   |                                                                             | 新たな症状の出現           | ○        | ○      | ○      | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        | ○         | ○         | ○         | ○        |                    |
| 備考                                | バリアンス・有害事象の発生時は、速やかに担当医へ直接連絡し、専用診療情報提供書によるFAX(082-815-5691)で、受診予約を依頼してください。 |                    |          |        |        |          |           |           |           |          |           |           |           |          |           |           |           |          |           |           |           |          |                    |