

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Huvud- och halscancer

Behandlingsavsikt: Palliativ, Remissionssyftande

RegimID: NRB-7044

Docetaxel-Karboplatin-Fluorouracil 4-dygn

Kurintervall: 21 dagar

Ordnation/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Ny kur dag 22
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 75 mg/m ²	x1																					
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																					
Fluorouracil Bärbar infusionspump Intravenös infusion 4000 mg/m ²	→	→	→	→	*																	
Filgrastim Subkutan injektion 0,5 ME/kg						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1									

* Pumpen kopplas bort.

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Docetaxel - Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstatus inkl. neutrofila och elektrolytstatus inklusive kreatinin.

Karboplatin: Dosering av totaldos enligt Calverts formel: $AUC \times (GFR+25)$. Använd absolut värde = okorrigerat GFR (ml/min). För estimering av eGFR och konvertering från relativt värde = korrigerat GFR (ml/min/1.73m²) till okorrigerat GFR, använd kalkylator på <https://egfr.se/> För utförliga anvisningar se "basfakta om läkemedel" för Karboplatin.

Docetaxel - Premedicinering med kortison motsvarande tablett Betametason:

1 tim före behandling tas Betapred 16 tabletter = 8 mg

Dagen efter behandling, på morgonen tas Betapred 8 tabletter = 4 mg

GCSF (Filgrastim)- ges som profylaktisk behandling med start tidigast 24 timmar efter Fluorouracilinfusion har avslutats.

Dosjustering rekommendation

Vid neutropeni, ge antibiotika: Ciprofloxacin 500 mgX2 dag 5-12.

Vid komplicerad neutropeni, eller trombocytopeni grad 4, reducera Docetaxel till 60 mg/m²

Vid upprepade neutropeni, reducera ytterligare till 45 mg/m²

Vid diarré eller stomatit/mukositis grad 3-4 dosreducera Fluorouracil till 3200 mg/m² och/eller Docetaxel till 60 mg/m² enligt schema i FASS (<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20110602000033>).

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter=Antiemetikaregim-1-dag->

Obs! Undvik dubbel dos kortison. Om flera kortisondoser ingår (som premedicinering, antiemetikaregim eller ingående i regimen på annat sätt) välj den högsta av de olika doserna.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | | | |
|---|--|---------|--|-------|-------|-------|
| 1. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
<i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i> | | | | | _____ | _____ |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____ | | | | | _____ | _____ |
| 3. Premedicinering för Docetaxel (vattenfri)
<i>(Kontroll av blodtryck och puls)</i> | | | | | _____ | _____ |
| 4. Docetaxel (vattenfri) _____ mg
i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
Ges intravenöst under 60 min.
<i>(Kontroll av blodtryck och puls)</i> | | 60 min. | | | _____ | _____ |
| 5. Karboplatin _____ mg
i 250 ml Glukos 50 mg/ml
Ges intravenöst under 30 min. | | 30 min. | | | _____ | _____ |
| 6. Fluorouracil Bärbar infusionspump _____ mg
Ges intravenöst via Bärbar infusionspump
<i>(Efter 4 dygn kopplas pumpen bort.)</i> | | 4 dygn | | _____ | _____ | _____ |

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | | | _____ | _____ |
|---|--|--|--|--|-------|-------|

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | | | _____ | _____ |
|---|--|--|--|--|-------|-------|

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-------|-------|
| 1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant | | | | | _____ | _____ |
|---|--|--|--|--|-------|-------|

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Filgrastim _____ ME
Ges subkutant