

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Livmoderkroppscancer

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Kurativ, Palliativ

RegimID: NRB-4896

Karboplatin-Doxorubicin liposomalt (Caelyx)

Kurintervall: 28 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Doxorubicin Liposomalt Intravenös infusion 30 mg/m ²	x1																				
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																				

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Doxorubicin Liposomalt Intravenös infusion 30 mg/m ²								
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg								

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Doxorubicin liposomalt Första dosen ges på 2 timmar, därefter ges infusionen på 1 timme.**Glukos 50 mg/ml** används som infusionsvätska och i spoldropp. Doxorubicin liposomalt är inkompatibelt med Natriumklorid.

Kontroll av hand-fotsyndrom, stomatit.

Karboplatin - Överkänslighetsreaktioner förekommer, särskilt om flera kurer givits, > 5 kurer.**Anvisningar för ordination**

Kontroll av blodstatus inkl neutrofila, elektrolytstatus inkl kreatinin och leverstatus (bilirubin). För behandlingsstart neutrofila > 1,5, TPK > 100.

Karboplatin: Dosering av totaldos enligt Calverts formel: AUC x (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.**Dosjustering rekommendation**

Neutrofila < 1,5 och/eller TPK < 100 behandlingen skjuts upp en vecka.

Dosreduktion vid nedsatt leverfunktion, se FASS.

Hand-fotsyndrom grad 2, behandlingen skjuts upp, utvärdera veckovis, se FASS.

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

1. 250 ml Glukos 50 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

_____

2. Tablett/Injektion Antiemetika

_____

3. **Doxorubicin Liposomalt** _____ **mg**

60 min.

i 250 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 60 min.

4. **Karboplatin** _____ **mg**

30 min.

i 250 ml Glukos 50 mg/ml

Ges intravenöst under 30 min.
