Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Lungcancer

Behandlingsavsikt: Palliativ
RegimID: NRB-2078

Topotekan po

Indikation: Småcellig lungcancer C34
Kurintervall: 21 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	Ny kur dag 22
Topotekan Peroral kapsel 2,3 mg/m^2	x1	x1	x1	x1	x1																	

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration
Om doser glöms bort ska patienten inte kompensera för uteblivna doser.

Anvisningar för ordination
Kontroll av blodstaus inkl neutrofila och kreatinin.

Premedicinering med kortison motsvarande tablett Betapred 0,5 mg, 6 tabletter=3 mg eller tablett Ondansetron 8 mg, 30 minuter för Topotekan.

Kapslar finns med styrkan 0,25 och 1 mg.

Dosjustering rekommendation
Hematologisk toxicitet

NADIR-värde för leukocyter $< 2{,}0$ och/eller neutrofila $< 1{,}0$ - ge nästa kur med 80 % av dosen.

Om NADIR-värden efter dosreduktion fortsatt är leukocyter $< 2{,}0$ och/eller neutrofila $< 1{,}0$ - dosreducera ytterligare 10-15 % eller byt regim.

Vid diarré av grad 3 eller 4 ska doserna minskas med 0,4 mg/m2/dygn.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Premedicinering för Topotekan _____ .....
2. **Topotekan** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Premedicinering för Topotekan _____ .....
2. **Topotekan** _____ **mg** _____ _____
   Ges peroralt

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Premedicinering för Topotekan _____ .....

2. **Topotekan** _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Premedicinering för Topotekan _____ .....

2. **Topotekan** _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Premedicinering för Topotekan _____ .....

2. **Topotekan** _____ **mg** _____ _____
Ges peroralt