

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Matstrups- och
magsäckscancer

Behandlingsavsikt: Palliativ

RegimID: NRB-683

Docetaxel-FLV (Docetaxel-Fluorouracil-Kalciumfolinat)

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Docetaxel (vattenfri) Intravenös infusion 45 mg/m ²	x1														
Fluorouracil Intravenös injektion 500 mg/m ²	x1	x1													
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös injektion 60 mg/m ²	x1	x1													

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion.

Kontrollera att patienten tagit sin premedicinering.

Anvisningar för ordination

Blodstatus inkl. neutrofila. Behandlingen uppskjutes tills neutrofila >1,5 och TPK >75.

Premedicinering dag 1 - 1 timme före Docetaxel tas Betapred 16 tabletter = 8 mg.

Dosjustering rekommendation

Vid genomgången neutropen feber eller oacceptabla biverkningar överväg dosreduktion till 75%.

Antiemetika<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/antiemetika-vuxen/#chapter-Antiemetikaregim-2-dagar>

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

- | | | | | |
|--|---------|--|-------|-------|
| <p>1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>
 <i>(Kontrollera att patienten tagit sin premedicinering med Betapred tabletter)</i></p> | | | _____ | |
| <p>2. Tablett/Injektion Antiemetika

 _____</p> | | | _____ | |
| <p>3. Docetaxel (vattenfri) _____ mg
 i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
 Ges intravenöst under 30 min.</p> | 30 min. | | _____ | _____ |
| <p>4. Fluorouracil _____ mg
 Ges intravenöst under 3 min.
 <i>(Paus ca 30 minuter innan Kalciumfolinat ges)</i></p> | 3 min. | | _____ | _____ |
| <p>5. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
 Ges intravenöst under 3 min.</p> | 3 min. | | _____ | _____ |

DAG 2 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

- | | | | | |
|---|--------|--|-------|-------|
| <p>1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml
 <i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>
 <i>(T Betapred 0,5 mg 8 st på morgonen.)</i></p> | | | _____ | |
| <p>2. Tablett/Injektion Antiemetika

 _____</p> | | | _____ | |
| <p>3. Fluorouracil _____ mg
 Ges intravenöst under 3 min.
 <i>(Paus ca 30 minuter innan Kalciumfolinat ges)</i></p> | 3 min. | | _____ | _____ |
| <p>4. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg
 Ges intravenöst under 3 min.</p> | 3 min. | | _____ | _____ |