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 - Matstrups- och magsäckscancer

Behandlingsavsikt: Palliativ
RegimID: NRB-923

Trastuzumab iv (underhållsdos, 14 dagar)

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Trastuzumab Intravenös infusion 4 mg/kg	x1														

Minimalemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration
Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion. Vid tidigare överkänslighetsreaktion ge premedicinering med T. Paracetamol 1 gram samt T. Cetirizin 10 mg 1-3 timmar före Trastuzumab

Anvisningar för ordination
Vid > 1 veckas förskjutning av behandling ska ny laddningsdos ges.

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

		Inf. tid	**Klockan**	**Ssk. sign**	**Läk. sign**
1.	250 ml Natriumklorid 9 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2.	**Trastuzumab _____ mg** i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____
3.	Ordinerad biosimilar (får ej bytas ut):.....			.....	