

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Neuroendokrina tumörer

Behandlingsavsikt: Adjuvant, Neoadjuvant, Palliativ

RegimID: NRB-1939

Temozolomid

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
Temozolomid Peroral kapsel 200 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1																

Dag	22	23	24	25	26	27	28	Ny kur dag 29
Temozolomid Peroral kapsel 200 mg/m ²								

Medeleemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Kontroll av Blodstatus inklusive neutrofila. Leverstatus omkontrolleras enligt individuell bedömning.

Sjuksköterska telefonkontroll med patient enligt individuell överenskommelse med patient.

Anvisningar för ordinationHb $\geq$ 100, Neutrofila $\geq$ 1,5, TPK $\geq$ 100**Dosjustering rekommendation****Hematologisk toxicitet:**

Om neutrofila < 1,5 eller TPK < 100, skjut upp behandlingen 1 vecka, omstart på samma dosnivå om lab normaliserat.

Om neutrofila < 1,0 eller TPK < 50, (nadir eller inför kur) skjut upp behandling 1 vecka och reducera dos till nästa lägre dosnivå.

Dosnivåer är 200mg/m², 150 mg/m² och 100mg/m².**DAG 1** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. Temozolomid _____ mg

Ges peroralt

Kvällsdos

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

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Temozolomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 3 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Temozolomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 4 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Temozolomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos

DAG 5 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika

2. **Temozolomid** _____ **mg**

Ges peroralt

Kvällsdos
