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 - Äggstockscancer

RegimID: NRB-7834

Karboplatin-Doxorubicin liposomalt 21 dagar

Diagnoskod: C56

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
Doxorubicin Liposomalt Intravenös infusion 30 mg/m^2 (kroppsyta)	x1																					
Karboplatin Intravenös infusion 5 x (GFR+25) mg	x1																					

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 = korrigerad 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.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument:
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-1d/. 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**
1. 500 ml Glukos 50 mg/ml *Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet*			_____	.....
2. Tablett/Injektion Antiemetika _____ _____			_____	.....
3. **Doxorubicin Liposomalt** _____ **mg** i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 60 min.	60 min.		_____	_____
4. **Karboplatin** _____ **mg** i 250 ml Glukos 50 mg/ml Ges intravenöst under 30 min.	30 min.		_____	_____