

Datum: _____
Läkare: _____
Kur nr: _____
Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____
Yta (m²): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral regim - Äggstockscancer

Behandlingsavsikt: Underhållsbehandling

RegimID: NRB-6409

Olaparib tablett

Indikation: Höggradig epithelial cancer C56

Ordnation/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Olaparib Peroral tablett 300 mg	x2																					

Dag	22	23	24	25	26	27	28
Olaparib Peroral tablett 300 mg	x2						

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Grapefruktjuice och Johannesört ska undvikas.

Glömd dos: Nästa dos tas vid vanlig tidpunkt.

Anvisningar för ordination

Inför kur 1: Kontroll av blodstatus inklusive neutrofila, lever- och elektrolytstatus och kreatinin. För behandlingsstart neutrofila > 1.5, TPK > 100, Hb ≥ 80.

Inför varje kur: Blodstatus inklusive neutrofila, leverstatus, kreatinin.

Kontroll av illamåendebesvär.

Interaktionsbenägen substans via CYP3A systemet bland annat, var god se FASS. Försiktighet med statiner rekommenderas.

Dosjustering rekommendation*Hematologisk toxicitet*

Hb <80: Gör behandlingsuppehåll, dosreduktion kan övervägas.

Gastrointestinal toxicitet

Vid uttalat illamående: Behandlingsuppehåll till symtomfrihet, därefter återinsättande av preparatet i oförändrad dosering.

Antiemetika vid behov.

DAG 1 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

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

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 6 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 7 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 8 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 9 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 10 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 11 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 12 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 13 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 14 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 15 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 16 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 17 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 18 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 19 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 20 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 21 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 22 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 23 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 24 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 25 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 26 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 27 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |

DAG 28 Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ | _____ |
| 2. Olaparib _____ mg
Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ | _____ |