

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Äggstockscancer

Behandlingsavsikt: Palliativ

Topotekan po

RegimID: NRB-2650

Indikation: Epitelial cancer 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
Topotekan Peroral kapsel 2,3 mg/m ²	x1	x1	x1	x1	x1																	

Lågemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration

Om doser glöms bort ska patienten inte kompensera för uteblivna doser.

Anvisningar för ordination

Kontroll av blodstaus inkl neutrofila och kreatinin.

Premedicinering med kortison och antiemetika, t.ex. peroral behandling med Betametason 3 mg eller Ondansetron 8 mg, 30 minuter innan Topotekan.

Dosjustering rekommendation*Hematologisk toxicitet*

NADIR-värde för neutrofila < 1,0 - ge nästa kur med 80 % av dosen.

Om NADIR-värden efter dosreduktion fortsatt är neutrofila < 1,0 - dosreducera ytterligare 10-15 % eller byt regim.

Vid diarré av grad 3 eller 4 ska doserna minskas med 0,4 mg/m²/dygn.**DAG 1** Datum _____ Beställs till kl _____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Premedicinering för Topotekan _____

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

1. Premedicinering för Topotekan _____

2. **Topotekan** _____ **mg**
Ges peroralt _____

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

1. Premedicinering för Topotekan _____

2. **Topotekan** _____ **mg**
Ges peroralt _____

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

1. Premedicinering för Topotekan _____

2. **Topotekan** _____ **mg**
Ges peroralt _____

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

1. Premedicinering för Topotekan _____

2. **Topotekan** _____ **mg**
Ges peroralt _____