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-2650

Topotekan po

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
Topotekan Peroral kapsel 2,3 mg/m^2 (kroppsyta)	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.

Topotekan Peroral kapsel
Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Anvisningar för ordination
Kontroll av blodstaus inkl neutrofila och kreatinin.

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.

Antiemetika
Förslag enligt stöddokument
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-2a-5d/ (5dgr)

DAG 1 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

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

DAG 2 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

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

DAG 3 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

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

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

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

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Tablett/Injektion Antiemetika _____ .....
_____
_____

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