

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

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

_____
