**Datum:** _____
**Läkare:** _____
**Kur nr:** _____
**Längd (cm):** _____ **Vikt (kg):** _____
**Yta ($m^2$):** _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antiemetikaregim

Behandlingsavsikt: Lågemetogen
RegimID: NRB-11100

# Förebyggande mot illamående (2d, Steg 2a)
(Lågemetogen)

## Ordination/Administrering

| Dag | 1 | 2 |
|---|---|---|
| Ondansetron<br>Peroral tablett<br>8 mg (standarddos) | x1 | x1 |
| Olanzapin<br>Peroral tablett<br>2,5 mg (standarddos)<br>**Vid behov** | | |

**Villkor och kontroller för administration** Olanzapin tas med fördel till natten. Sederande.

**Anvisningar för ordination**
Odansetron
Ondansetron ges i samma doser om det ges intravenöst.
Ökad risk för förstoppning under kontinuerlig användning. Patienten bör ha tillgång till laxerande medel att ta vid behov.

Olanzapin
Dosering: 2,5-5 mg (högst 10 mg) till natten vid behov behandlingsdygn och ett par dagar efter.

**Dosjustering rekommendation**
Om otillräcklig effekt höj dosen Olanzapin eller om patienten mått dåligt efter föregående regim, öka antiemetikasteget med 1-2 steg.
Använd illamåendedagbok för utvärdering.

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

1. **Ondansetron** _____ **mg** Morgondos _____ _____
   Ges peroralt
   *(Tas minst en timma före antitumoral behandling)*

2. Samt vid behov Olanzapin 2,5-5 mg (högst 10 mg) till natten .....

| **DAG 2** Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej | **Inf. tid** | **Klockan** | **Ssk. sign** | **Läk. sign** |
|---|---|---|---|---|
| **1. Ondansetron _____ mg**<br>Ges peroralt<br>*(Tas minst en timma före antitumoral behandling)* | Morgondos | | _____ | _____ |
| **2.** Samt vid behov Olanzapin 2,5-5 mg (högst 10 mg) till natten | | | ..... | |