

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antiemetikaregim

Behandlingsavsikt: Lågemetogen

RegimID: NRB-11128

Förebyggande mot illamående 4d (Steg 2a, 4d)
(Lågemetogen)

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4
Ondansetron Peroral tablett 8 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1
Olanzapin Peroral tablett 2,5 mg (standarddos)				
Vid behov				

Villkor och kontroller för administration

Olanzapin tas med fördel till natten. Sederande.

Anvisningar för ordinationOndansetron

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
(<i>Tas minst en timma före antitumoral behandling</i>) | | | |
| 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** 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 3 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 4 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