

Datum: _____
 Läkare: _____
 Kur nr: _____
 Längd (cm): _____ Vikt (kg): _____
 Yta (m²): _____ Aktuellt GFR: _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antiemetikaregim
Förebyggande mot illamående (Steg 2a, 5d)
 (Lågemetogen)

Behandlingsavsikt: Lågemetogen

RegimID: NRB-11129

Ordination/Administrering

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

Villkor och kontroller för administration

Olanzapin tas med fördel till natten. Sederande.

Anvisningar för ordination

Ondansetron

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 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

DAG 5 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