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-11129

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

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5
Ondansetron Peroral tablett 8 mg (standarddos)	x1	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 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** 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 .....