Förebyggande mot illamående (5d, Steg 2a)

Antiemetika

Schema för regimen

Dag	1	2	3	4	5
Ondansetron Morgondos	X	X	X	X	X
Olanzapin **Vid behov**					

Om din behandling

Du ska ta förebyggande behandling för att minska risk för illamående i samband med din behandling. En del läkemedel minskar även risken för allergi som vissa behandlingar kan ge. Om du missat att ta din dos tala om det för din sjuksköterska. Det är viktigt att du noterar hur du mår för att vi ska kunna justera dosen av läkemedel.

Så ska du ta din behandling

Dag 1

Cirka 1-2 timmar före behandling

Ondansetron 8 mg: 1 tablett

Dag 2

Cirka 1-2 timmar före behandling

Ondansetron 8mg: 1 tablett

Dag 3

Cirka 1-2 timmar före behandling

Ondansetron 8 mg: 1 tablett

Dag 4

Cirka 1-2 timmar före behandling

Ondansetron 8 mg: 1 tablett

Dag 5

Cirka 1-2 timmar före behandling

Ondansetron 8 mg: 1 tablett

Vid behov, behandlingsdagar och ett par dagar efter

Olanzapin 2,5 mg. Vid behov kan man öka till högst fyra tabletter (10 mg) per dygn. Tas med fördel till natten eftersom läkemedlet ger trötthet.

Förebyggande läkemedel mot illamående

Du kan få läkemedlen av din sjuksköterska eller på recept.

Ondansetron

Ondansetron är tabletter som sväljes hela med eller utan mat. Dosen tas minst en timma före behandling. Det är vanligt att få förstoppning av ondansetron. Detta kan förebyggas med laxermedel. Informera vårdpersonalen före behandling om du har trög mage. Det är också vanligt med huvudvärk. Detta kan behandlas med paracetamol.

Olanzapin

Olanzapin är ett läkemedel som används vid psykisk ohälsa men i låga doser har god effekt mot illamående, särskilt mot illamående som kan uppkomma dagar efter behandling.

Du kan bli trött av Olanzapin. Trötthetен kan minska uppmärksamhet vid tex bilkörning vilket kan göra det olämpligt att framföra motorfordon. Vi rekommenderar att ta dosen på kvällen, med första dos behandlingsdagens kväll.

Man ska ta högst 10 mg Olanzapin under en dag. Högre dos ger inte bättre effekt.

Illamåendedagbok

Registrera ditt mående och återkoppla till din sjuksköterska.

Namn:									**Personnummer:**			
Behandling:												
Kurnummer:									**Startdatum:**			
Datum dag 1:		**Illamående**			**Kräkning**		**Matleda**		**Upplevt välbefinnande**			**Anteckningar**
		Inget	Lätt	Starkt	Ja	Nej	Ja	Nej	Bra	Dåligt	Mycket dåligt	
Dag 1	Kväll											
Dag 2	Morgon											
	Dag											
	Kväll											
Dag 3	Morgon											
	Dag											
	Kväll											
Dag 4	Morgon											
	Dag											
	Kväll											
Dag 5	Morgon											
	Dag											
	Kväll											